340

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 16 *juillet* 1908, *à* 1 *heure*

Par **Louis ROGERY**

Né à Carcassonne le 6 décembre 1880
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PLEURÉSIES DANS LA SCARLATINE

Président : M. HUTINEL, *professeur.*

Juges : MM. RIBEMONT-DESSAIGNES, *professeur.*
CLAUDE et BRINDEAU, *agrégés.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
10, Rue de Vaugirard, 10 *(près l'Odéon)*
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU BERGER. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (chef des trav. anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur HUTINEL

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

A MON PREMIER MAITRE

Monsieur le Docteur DAUTEL

MÉDECIN DE L'HÔPITAL N.-D. DE BON SECOURS

A ME MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM.

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHWARTZ. Cochin, 1903
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHAUFFARD. Cochin, 1903
LE PROFESSEUR GILBERT. Broussais, 1904
LE PROFESSEUR BERGER. Necker, 1905

Externat.

MM.

LE PROFESSEUR KIRMISSON. Enfants-Malades (1905-06)
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ H. CLAUDE. Cochin (1906-07)
LE PROFESSEUR PINARD. Baudelocque (1907)
LE DOCTEUR RICHARDIÈRE. Enfants-Malades (1907-08)
LE DOCTEUR DANLOS. Saint-Louis (1908)

A MES AUTRES MAITRES

MM.

LES DOCTEURS RIEFFEL, LEREBOULLET, GUILLEMOT, LÉO, GRISEL, TRIDON, AUFFRET, GASNE, MOUCHOTTE, RENÉ KAUFFMANN, GÉRAUDEL

AVANT-PROPOS

Pendant mon année d'externat à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de mon maître le Dr Richardière, j'eus à m'occuper, particulièrement pendant les mois d'été, du Pavillon de la scarlatine.

J'ai eu l'avantage d'étudier et de suivre, durant cette période de 1907, de très nombreux cas de scarlatine, et en particulier ceux des enfants dont l'histoire me fournit l'occasion de traiter le sujet de cette thèse.

Puis, j'ai jugé bon et utile de visiter les services des hôpitaux de Paris, consacrés au traitement de la scarlatine, afin d'avoir une statistique et des observations plus étendues.

J'ai recherché dans les livres et les thèses antérieurs, les passages ayant trait au sujet que j'avais l'intention d'étudier.

Presque tous les auteurs qui ont parlé des complications de la scarlatine, ont mentionné les pleurésies, les uns en quelques mots, les autres en quelques phrases, mais aucun d'eux n'a attiré l'attention des cliniciens sur

cette complication considérée comme exceptionnelle.

Mon travail comprendra les divisions suivantes :

Je commencerai par faire un historique du sujet, en rapportant les opinions des différents auteurs, médecins d'adultes et médecins d'enfants.

Je relaterai ensuite les données sur la fréquence, l'étiologie et la pathogénie de cette affection, en insistant particulièrement sur les caractères cliniques propres aux pleurésies de la scarlatine.

Je terminerai par l'étude du diagnostic, du pronostic, et du traitement qu'il convient de leur appliquer.

Avant de commencer cette thèse, je dois ici remercier bien vivement mon maître le Dr Richardière pour avoir bien voulu me permettre d'user des observations prises sous sa direction, et son interne le Dr René Kauffmann pour m'avoir aidé de ses conseils.

Je remercie de même les Drs Henri Dufour et Teissier pour m'avoir permis d'utiliser leurs observations, mon premier maître le Dr Dautel qui m'a initié à l'art médical qu'il pratique avec tant de dévouement.

M. le professeur Hutinel m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de ma thèse; qu'il veuille bien recevoir l'expression de ma très vive reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Au cours de nos recherches bibliographiques pour cette thèse, nous avons été frappé par le fait suivant : Obligés de consulter un très grand nombre d'auteurs, nous n'avons pu trouver qu'un très petit nombre de documents.

Parmi les historiens de la scarlatine et de ses complications, les uns lui ont consacré une phrase dans un article ou un traité, d'autres n'ont cité que des statistiques ou des observations isolées relatives aux pleurésies dans la scarlatine.

Notre travail a consisté surtout à réunir ces indications éparses, et à colliger le plus grand nombre possible d'observations détaillées, inédites ou déjà publiées, relatives à la pleurésie, complication de la scarlatine.

Par là nous entendons des observations d'inflammations pleurales, séro-fibrineuses ou purulentes, et non des épanchements séreux, phénomènes reliés à l'anasarque des néphrites scarlatineuses.

Il est inutile de refaire dans cette thèse, l'historique de la scarlatine. Nous ne trouverons point dans les vieux auteurs de renseignements, sur le point particulier qui nous occupe ; il nous faut arriver à la première moitié du siècle dernier pour avoir des indications précises.

Billard, dans son *Traité des maladies des Enfants* paru en 1828 ne fournit aucun renseignement qui puisse nous éclairer.

A peu près à la même époque, Guillemant, en 1833, étudiant dans sa thèse de Paris, une épidémie de scarlatine, indique comme fréquentes les pleurésies, sans ajouter quelques mots de considérations et d'observations précises.

En 1838, Valleix, dans son ouvrage de clinique des enfants nouveau-nés, passe sous silence les pleurésies dans la scarlatine.

Quelques années plus tard, Barrier, dans son *Traité des maladies de l'enfance*, paru en 1845, cite simplement les pleurésies, au nombre des complications de la scarlatine.

En 1847 Noirot, dans son histoire documentée de la scarlatine, écrit ceci : « La pleurésie, qu'il ne faut pas « confondre avec l'épanchement séreux qui se rattache « à l'hydropisie, s'observe quelquefois dans le cours « ou à la fin de la scarlatine. Guillemant fait mention « d'une épidémie dans laquelle l'inflammation de la « plèvre paraît avoir été fréquente :

« Vicusseux cite le cas intéressant d'une jeune fille « chez laquelle on trouva, à l'autopsie, dans le côté

« gauche de la poitrine, une collection prodigieuse de « pus, qui comprimait les poumons et le médiastin.

« Cette complication, du reste, à été encore peu étu- « diée. »

Trousseau, vers cette époque, dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, exprime ainsi son opinion :

« Il est d'autres accidents du décours de la scarla- « tine, bien moins connus, quoiqu'ils commencent à « l'être un peu plus aujourd'hui, je veux parler des pleu- « résies malignes...

« Lorsqu'il s'agit de fièvres éruptives, on dit que la « rougeole invite aux affections thoraciques. Les auteurs « s'accordent au contraire unanimement sur ce point « que, dans la scarlatine, les organes thoraciques sont « respectés : ils le sont, il est vrai, dans la période ai- « guë de la maladie, mais ils ne le sont plus dans son « décours.

« Il est en effet assez commun de voir chez les indi- « vidus atteints d'anasarque, et même chez d'autres qui « sont exempts de cette dernière complication, sur- « venir tout à coup des accidents du côté de la poi- « trine, mais ici ce ne sont plus les poumons qui sont « pris, comme cela a lieu dans la rougeole, ce sont les « membranes séreuses, la plèvre... »

Les traités de cette époque (Rilliet et Barthez en 1861, Grisolle en 1865, H. Roger en 1872) reflètent l'opinion de Trousseau.

Cadet de Gassicourt s'exprime dans ces termes: « La pleurésie, quoi qu'on en ait pu dire, n'est pas fré- « quente dans la scarlatine. Elle s'observe, dit-on, sou-

« vent dans certaines épidémies, par exemple dans celle « dont Guillemant nous a laissé la relation. Il est pro- « bable que Trousseau a rencontré une épidémie sem- « blable, car, sans insister, il est vrai, sur la fréquence « de la pleurésie, il parle d'elle comme d'une compli- « cation habituelle et grave de la scarlatine. »

En 1875, Brissot, dans sa thèse de Paris, consacrée à la relation d'une épidémie à l'hôpital de Sainte Eugénie, fait cette déclaration : « Quant à la pleurésie, nous « n'en parlons ici que pour rappeler ce fait assez sin- « gulier qui nous a beaucoup frappé, durant cette épi- « démie, c'est que, pour les affections thoraciques, « celle qui est signalée comme assez fréquente après la « scarlatine, c'est-à-dire la pleurésie, a complètement « fait défaut ; tandis que les lésions pulmonaires et « bronchiques, à peine mentionnées jusqu'ici, ont été, « des plus fréquentes, et les plus graves de toutes nos « complications. »

En Angleterre, pays où la scarlatine sévit avec une rare intensité, nous ne trouvons que des relations isolées d'épidémies et de cas particuliers.

En 1884, Aitken rapporte un exemple de pleurésie au cours de la scarlatine (voir observation XX) et fait précéder l'observation des considérations suivantes : « J'ai suivi un très grand nombre de cas de scarlatine, « mais je n'ai pu recueillir que ce seul cas de pleurésie « purulente. Cette rareté de la présence de pus dans « la plèvre, au cours de cette infection, est la raison « pour laquelle je publie mon observation. »

En 1891, Caiger relate un cas de pleurésie purulente

(voir observation XIX) et s'exprime ainsi : « La pyo-
« hémie est rare comme complication de la scarlatine ;
« quand elle apparaît elle change le caractère de la
« maladie : l'inflammation de la plèvre a tendance à
« devenir purulente ».

En Allemagne, Stettiner, dans sa thèse de Berlin parue en 1892, et consacrée à l'étude de trois cas de pleurésies survenues au cours de la scarlatine (voir observations XIV, XV, XVI), passe en revue les opinions des auteurs qui ont écrit en Allemagne sur la scarlatine.

Fürbringer et Hesselbarth estiment la fréquence de la pleurésie dans la scarlatine à 8 0/0 des cas qu'ils ont observés, dans des épidémies particulièrement marquées par les symptômes prédominants du côté des voies respiratoires.

De même Vogel constate un grand nombre de cas de pleurésie dans une épidémie qu'il a observée.

Les traités de Von Eichschorst, Jurgensen, Strumpell, font une mention très courte de la pleurésie comme complication de la scarlatine.

Von Ziemssen dans son traité ne cite que le mot de pleurésie.

Thomas, dans le manuel de Von Ziemssen, remarque que les pleurésies scarlatineuses évoluent indépendamment même de l'influence qu'exerce la marche de l'infection scarlatineuse.

Gerhardt, Henoch dans son cours, mettent en évidence le caractère le plus souvent purulent des pleurésies dans la scarlatine.

Bohn, dans le manuel de Gerhardt, indique, comme caractère propre des pleurésies de la scarlatine, la rapidité et l'abondance avec lesquelles se fait l'épanchement.

Baginsky indique avec netteté le commencement obscur de l'épanchement, et son grand développement.

Mayr Hebra ajoute : « La pleurésie scarlatineuse se « développe avec une rapidité surprenante »,et Fürbringer insiste sur la nécessité de l'intervention rapide du médecin.

En France, avec la période contemporaine, grâce aux découvertes de la bactériologie, apparaissent des données étiologiques et pathogéniques nouvelles sur les pleurésies dans la scarlatine.

Les recherches de Fraenkel et Treudenberg,de Babès et Raskin en Allemagne,sur la nature des épanchements pleuraux de la scarlatine,montrent la présence de micro-organismes, en particulier celle du streptocoque pyogène.

Les travaux et les communications de Guinon en 1889,de Bergé en 1892,de Lemoine en 1896, ne font que confirmer et fortifier la pathogénie de pleurésies dans la scarlatine.

De nombreuses thèses, consacrées aux relations d'épidémies diverses de scarlatine, nous renseignent sur la fréquence des infections pleurales dans la scarlatine.

Parmi ces thèses nous citerons celles de Bertrand à Nancy, de Rochely et de Pradelle à Lyon, enfin à Paris, celle de Charpentier, de Damain, de Finkelstein, de Navarre, de Saint-Paul : elles contiennent toutes des

faits intéressants qui nous serviront au cours de notre travail.

Des communications à la Société médicale des hôpitaux de Paris, faites par Comby, Apert, H. Dufour, renferment de nombreuses indications.

Enfin Roger, dans son *Traité des maladies infectieuses* paru en 1902, exprime son opinion au sujet des pleurésies dans la scarlatine.

Nous terminerons cet historique rapide et nécessairement incomplet par la citation du *Traité des maladies des enfants*, de Grancher, Comby et Marfan, dont la dernière édition est toute récente. Cette citation est due à la plume de Moizard :

» La pleurésie complique quelquefois la scarlatine : « elle suppure souvent : elle ne présente rien de parti- « culier à signaler, sinon que le pus contient toujours « des streptocoques, et qu'une intervention précoce « amène le plus souvent une guérison rapide.

« Le plus souvent le début de cette pleurésie est insi- « dieux. »

CHAPITRE II

FRÉQUENCE — BACTERIOLOGIE — ÉTIOLOGIE

Fréquence. — Notre intention n'est pas de faire une statistique et d'accroître la discordance qui règne entre les auteurs au sujet des pleurésies dans la scarlatine, car aucun des pourcentages donnés par eux ne concorde avec les autres.

C'est ainsi que nous voyons Trousseau considérer la pleurésie comme assez fréquente au cours de la scarlatine, tandis que Cadet de Gassicourt professe une opinion contraire.

Brissot en 1875, à l'hôpital Sainte-Eugénie, s'étonne de ne pouvoir pas en citer un seul cas.

Aitken, observant une épidémie en Angleterre, signale sur cent cas de scarlatine un seul exemple de pleurésie purulente, opérée et terminée par la mort.

Caiger, en 1891, produit une statistique de 1.008 cas recueillis au South Western Hospital de Londres et ne cite pas la pleurésie au nombre des complications observées.

En Allemagne Stettiner rappelle l'opinion de Fübringer, appuyée sur l'étude de nombreuses épidémies et qui donne pour les pleurésies un pourcentage de 10 0/0 dans les accidents de la scarlatine.

En 1890, M^lle^ Finkelstein, dans sa thèse de Paris, consacrée à des remarques sur les pleurésies purulentes de l'enfance cite les tableaux suivants :

Simmonds de Hambourg indique les maladies qui ont précédé l'empyème ; la scarlatine y figure 14 fois sur 111 cas.

Israel de Copenhague, sur 206 pleurésies, en attribue 14 à la scarlatine, 7 séro-fibrineuses, 7 purulentes.

Enfin Finkelstein elle-même, sur 241 pleurésies purulentes, en a noté 14 comme dépendance de la scarlatine.

Si nous consultons les statistiques plus récentes nous arrivons de même à des résultats contradictoires.

Damain à l'hôpital des Enfants-Malades, en 1886-1888-1889, ne signale pas un seul cas de pleurésie, sur 173, 105, et 68 malades de scarlatine.

Apert au même hôpital en 1895, sur 239 enfants scarlatineux, observe 2 cas de pleurésie purulente et un seul cas de pleurésie séreuse.

En 1899 Navarre met en regard de la statistique précédente la sienne propre : 351 scarlatines, dont trois furent accompagnées de pleurésies purulentes.

Maltrait, toujours au même hôpital en 1900, a constaté deux fois des pleurésies séreuses, une fois une pleurésie purulente mortelle, sur 485 enfants malades de scarlatine.

Charpentier dans sa thèse sur la scarlatine à l'hôpital Trousseau en 1896, sur 485 malades, indique seulement 4 pleurésies sans spécifier leur nature.

Bertrand à Nancy signale 2 cas de pleurésie séro-fibrineuse chez des soldats, terminées par la guérison.

De Rochely à Lyon, en 1900, s'exprime ainsi : « De « toutes les complications de la scarlatine, les pleuré- « sies sont encore les plus rares. Dans ces neuf années, « à l'hôpital de la Charité, on n'en a observé dans le ser- « vice que 5 cas ; 4 pleurésies purulentes, et une séro- « fibrineuse, toutes chez des enfants en bas âge : les « pleurésies purulentes ont donné 2 décès, toutes les « deux après pleurotomie. Quant à la pleurésie séro- « fibrineuse, elle a guéri par simple ponction. »

A l'hôpital Bretonneau en 1905 Sevestre passe sous silence les pleurésies, dans sa communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris.

Roger, à l'hôpital d'Aubervilliers en 1900, n'indique qu'un cas de pleurésie purulente accompagnant la scarlatine ; en 1901, un cas de pleurésie séreuse, et sept cas de pleurésie purulente.

De Saint-Paul, à l'hôpital des Enfants-Malades, en 1903, observe 350 cas de scarlatine, note une seule pleurésie séro-fibrineuse, et une seule pleurésie purulente.

Dufour, en 1904-1905 à l'hôpital du Bastion 27, sur 268 malades adultes et enfants atteints de scarlatine trouve 2 cas de pleurésie purulente (observ. VIII).

Pradelle à Lyon, dépouillant 322 observations de scarlatine, n'indique que 2 pleurésies purulentes.

Notre statistique personnelle nous donne les rensei-

gnements suivants. Le pavillon Trousseau de l'hôpital des Enfants-Malades, affecté au traitement de la scarlatine, a admis pendant l'année 1907, 674 enfants :

Sur ce nombre considérable, un seul a eu une pleurésie séro-fibrineuse qui a guéri sans incidents : trois autres ont eu une pleurésie purulente : deux sont morts, le troisième a guéri après empyème.

Nous ne rappelons ces faits que pour montrer combien il est illusoire de vouloir donner des chiffres même approximatifs, indiquant la proportion dans laquelle on trouve les pleurésies dans la scarlatine. C'est une chose trop variable, peut-être une simple coïncidence, en tous cas une affaire de génie épidémique.

Bactériologie. — Il serait bon, cependant, de rechercher les causes qui provoquent l'apparition de la pleurésie dans la scarlatine, et d'en appeler aux témoignages des auteurs. Nous diviserons ceux-ci en deux groupes : ceux qui ont écrit avant l'éclosion des théories microbiennes, d'autre part ceux de l'époque contemporaine, pour lesquels ces théories donnent une explication rigoureuse.

Trousseau, parlant des pleurésies purulentes, déclare que : « Cette production de pus reconnaît pour cause « une infection générale, en vertu de laquelle les in- « flammations scarlatineuses ont, sans qu'on puisse « en dire la raison, une extrême tendance à la suppu- « ration. »

Cadet de Gassicourt déclare : « Je n'ai observé que « rarement la présence de pus dans la plèvre, et c'était « toujours dans des circonstances où il y avait ten-

« dance grave de l'organisme à la formation de pus, « lorsque la scarlatine se compliquait d'adénites sup- « purées, et que le malade succombait aux accidents « qu'amènent les bubons scarlatineux. »

Aitken considère les épanchements pleurétiques comme une conséquence du rhumatisme scarlatin.

Caiger met sur le compte des ulcérations de la gorge, du jettage nasal, des suppurations de la région cervicale, la production à distance des pleurésies.

Alors ont lieu les recherches bactériologiques de Fraenkel et Freundenberg, de Babès et Raskin, de Guinon, de Lemoine, qui dévoilent le rôle prédominant d'un microbe pathogène, le streptocoque pyogène.

En 1889, Guinon dans la *Revue des maladies de l'enfance* s'exprime ainsi : « La pleurésie peut être isolée, « ou accompagner la bronchopneumonie, mais, fibri- « neuse ou purulente, elle est due aux mêmes micro- « organismes.

« Babès et Raskin ont isolé le plus souvent le strep- « tocoque pur, alors même que d'autres microbes se « trouvaient dans les viscères. Ainsi dans l'observa- « tion II de Raskin, le foie et les reins donnèrent deux « sortes de colonies : un microcoque et un bâtonnet « grêle ; le streptocoque cependant était seul dans les « fausses membranes pleurétiques, dans le tissu du « poumon et dans les alvéoles. »

Lemoine en 1896 fait des recherches sur deux cas de pleurésie survenus au cours de la scarlatine : « Le li- « quide de ponction de ces deux cas a décélé la pré- « sence du streptocoque pur. Dans l'un la pleurésie fut

« purement séro-fibrineuse, dans l'autre l'épanchement « d'abord légèrement louche devint purulent par la suite. « Ces deux malades guérirent. Le streptocoque trouvé « fut semblable à celui trouvé dans le sang; l'un d'eux « cependant ne produisit qu'une acidification du lait, « sans jamais le coaguler. Ajoutons que le sang de ces « deux malades, analysé au début de l'éruption, fut « trouvé amicrobien. »

Roger est plus dubitatif au sujet des pleurésies séro-fibrineuses: «Comme nous n'avons pas pratiqué d'ino- « culation avec le liquide pleural, on peut se demander « si les épanchements ne relevaient pas d'une tuber- « culose latente : l'infection aiguë n'aurait jouée que « le rôle d'une cause accidentelle. »

Quant aux pleurésies purulentes, l'une d'elles contenait le streptocoque à l'état de pureté.

Stettiner dans sa thèse déclare que la plupart du temps on a trouvé du streptocoque dans les épanchements purulents : ainsi,dans les deux cas qu'il rapporte (voir observations XV et XVI)il a vu sous le microscope l'image typique en forme de chaînette du streptocoque pyogène.

Si nous dépouillons la série d'observations que nous ont laissées nos aînés, il sera facile de reconnaître la cause initiale des épanchements pleurétiques.

C'est toujours le streptocoque pyogène.

Courtois-Suffit note en même temps la présence du staphylocoque :

Apert, Navarre, Pradelle, Koder, dans les observa-

tions qu'ils relatent, signalent la présence du streptocoque dans l'épanchement pleural.

Étiologie. — Par quel mécanisme le streptocoque arrive-t-il jusqu'à la séreuse pleurale?

Il est remarquable que chez presque tous les malades atteints par la suite de pleurésie, l'examen de la gorge montre une muqueuse pharyngée recouverte de mucosités blanchâtres.

Nous avons toujours eu affaire à des angines précoces, et dans ces cas-là on trouve toujours dans les fausses membranes du streptocoque en abondance.

Il paraît donc tout naturel d'admettre que l'organisme trop affaibli pour lutter, laisse l'infection pharyngée envahir la plèvre, soit à la faveur de lésions du voisinage, soit par la circulation générale.

Ces lésions du voisinage sont en particulier les bronchopneumonies, ou tout au moins des inflammations siégeant au niveau des dernières ramifications bronchiques.

Ce sont elles qui prédominent dans les trois observations de Stettiner, dans celle de Saint-Paul, dans les deux de Pradelle, dans l'observation IX de notre thèse.

Enfin d'autres lésions sont indiquées : ce sont des otites, et des manifestations au niveau des articulations, des arthralgies plutôt que des arthrites (voir les observations III, VI, VII et XIX).

CHAPITRE III

CARACTÈRES CLINIQUES ET ANATOMIQUES

Symptomatologie. — Si l'on veut tracer des pleurésies dans la scarlatine un tableau clinique précis, on constate que les signes physiques et fonctionnels sont assez variables, et qu'on ne peut en donner une description unique.

Tout d'abord la date de leur apparition par rapport à l'infection première, la scarlatine, est presque dans la totalité des cas connus, nettement placée à la période de desquamation ; en particulier les pleurésies purulentes n'échappent pas à cette règle.

Toutefois rien n'empêche que la pleurésie fasse son apparition à la période d'incubation et d'éruption, comme le montre l'observation de pleurésie séro-fibrineuse rapportée par De Saint-Paul (voir observation V).

La plupart des auteurs insistent sur la nature et la rapidité de l'épanchement pleurétique.

Déjà Trousseau disait : « Les pleurésies scarlati-« neuses sont ordinairement de mauvaise nature, non

« seulement eu égard à la rapidité avec laquelle se fait « l'épanchement, mais eu égard encore à la quantité de « liquide épanché. Au huitième ou dixième jour de la « pleurésie ce liquide est souvent purulent, comme « celui de la pleurésie puerpérale. »

En Allemagne, Hesselbarth, Henoch, Stettiner et les renseignements concordants de la plupart des auteurs, montrent la prédominance de la pleurésie purulente.

L'observation VIII de notre thèse, due à l'obligeance du Dr Dufour, se fait remarquer par un épanchement hémorragique : cette particularité constitue quelques présomptions en faveur d'une transformation purulente, ce qui s'est produit quelques jours après dans le cas présent.

Le début des pleurésies dans la scarlatine est très variable.

Henoch déclare : « On trouve parfois dans les autop- « sies de cas de scarlatine, des lésions inflammatoires, « des épanchements de la plèvre, que l'on n'avait pas « soupçonnés pendant la vie : ou bien la pleurésie était « latente, ou bien les signes en étaient si faibles qu'ils « ont pu passer inaperçus au milieu des bruyants « symptômes de l'infection généralisée qui l'a produite: « de même, à l'opposite, on trouve d'autres cas, dans « lesquels la pleurésie, par son développement impé- « tueux et la force de ses manifestations, domine tout « le tableau de la maladie. »

Il n'y a donc pas de règle générale : tantôt la pleurésie, en particulier la pleurésie purulente, s'annonce brusquement par tous les signes cliniques auxquels il faut ajouter la dyspnée intense, la fièvre à grandes

oscillations, l'état typhoïde avec prostration ; tantôt elle s'installe insidieusement.

L'état général est ordinairement grave.

« L'épanchement se développe avec une rapidité sur-« prenante », déclare Mayr Hébra. Baginsky et Gerhardt y voient un caractère propre de la pleurésie dans la scarlatine.

Les symptômes locaux de l'épanchement pleural sont les mêmes que dans toute autre pleurésie de nature différente.

On note la voussure, la matité, l'abolition des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire ; mais le souffle, l'égophonie, la pectoriloquie aphone font souvent défaut.

Parmi toutes les observations publiées de pleurésies dans la scarlatine, la grande majorité d'entre elles est indiquée comme pleurésies unilatérales de la grande cavité.

L'observation III de notre thèse est un cas de pleurésie séro-fibrineuse double, et l'observation VIII un cas de pleurésie purulente interlobaire droite.

Anatomie pathologique. — Si nous passons à l'anatomie pathologique des pleurésies scarlatineuses, nous nous butons à une première difficulté.

Il nous a été impossible de trouver la relation d'une autopsie de pleurésie séro-fibrineuse suite de scarlatine.

La chose n'a rien d'extraordinaire lorsqu'on connaît le pronostic bénin de cette catégorie privilégiée.

Par contre la difficulté cesse lorsqu'il s'agit de pleurésies purulentes.

Stettiner, de Saint-Paul, Pradelle dans leurs thèses décrivent le protocole d'autopsie dans leurs observations, qui sont placées à la fin de notre thèse (voir les observations VII, IX, XIII, XV, XVI, XVII et XVIII).

L'aspect du liquide qui remplit la cavité pleurale est variable suivant les cas, tantôt franchement purulent, tantôt séro-purulent ; en général il n'est pas purulent d'emblée : il est d'abord louche, puis séro-purulent.

De plus ce n'est pas un pus homogène, mais un pus mal lié, qui se sépare en deux couches ; en haut louche, et dans les parties déclives plus dense et nettement purulent.

L'odeur qui se dégage de ce pus, est fade : il est rare qu'elle soit fétide.

Le poumon est recouvert dans son ensemble, par une plèvre viscérale épaisse, a l'aspect dépoli, ayant de nombreuses adhérences, de configuration réticulée et de coloration verdâtre, comme infiltrée d'une sérosité purulente. La paroi costale est également recouverte de fausses membranes.

Le poumon est refoulé vers le hile, son aspect aplati, sa consistance plus forte que la normale.

Dans les observations de Pradelle et de Stettiner le poumon présente à la coupe un aspect carnifié, atélectasié : le lobe inférieur détaché tombe au fond d'un vase rempli d'eau.

Il s'y joint quelquefois des foyers nombreux de broncho-pneumonie laissant sourdre à la pression une sécrétion purulente.

Les bronches sont couvertes d'une sécrétion muco-purulente.

Les autres organes, cœur, foie, rate, reins, ne présentent pas de lésions bien caractérisées.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC, PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Diagnostic. — Dans les cas typiques, le diagnostic de pleurésie s'impose. Par contre il est très difficile pour les cas signalés par Hénoch, remarquables par le début insidieux de l'épanchement, ou masqués par les symptômes bruyants de la scarlatine même.

A ce moment, la pleurésie peut être confondue avec n'importe quelle affection aiguë des voies respiratoires, notamment avec la congestion pulmonaire, et la bronchopneumonie.

Les signes stéthoscopiques sont loin d'avoir la même valeur, car il n'est pas toujours commode, surtout chez les enfants dont l'agitation est extrême, et la toux parfois incessante, de trouver dans un poumon les premiers symptômes d'une pleurésie.

On sera alors tenté de faire le diagnostic soit de spléno-pneumonie, soit de congestion pulmonaire.

La pneumonie vraie peut être écartée, car elle n'est pas précédée chez l'enfant de la mise en scène obser-

vée chez l'adulte : elle est accompagnée de très peu de symptômes fonctionnels, qu'un observateur peut ne pas apercevoir.

Mais dès que les premiers signes d'épanchement pleural apparaissent, la confusion a beaucoup moins de chances de se produire.

Dans le cas particulier des pleurésies de la scarlatine, le grand écueil c'est de les confondre avec l'hydrothorax : mais celui-ci se distingue de la pleurésie par sa bilatéralité habituelle, sa coexistence avec d'autres œdèmes et épanchements péritonéaux et péricardiques, la présence d'albumine dans les urines, signes de l'anasarque de la néphrite scarlatineuse.

De plus le liquide d'hydrothorax ne contient pas de fibrine, pas de leucocytes, mais de nombreuses cellules de l'endothélium pleural desquamé.

La spléno-pneumonie de Grancher se distingue de la pleurésie, par l'absence de souffle, et le maintien normal des vibrations thoraciques : mais la matité ne siège pas nécessairement à la partie inférieure, et ne se déplace pas : il n'y a pas d'égophonie, ni de pectoriloquie aphone.

Une fois le diagnostic clinique de pleurésie affirmé, il faut établir le diagnostic différentiel entre les pleurésies séro-fibrineuses et les pleurésies purulentes.

Les signes physiques sont à peu près les mêmes : l'intensité de la dyspnée, la gravité de l'état général, la persistance de la fièvre imposent le diagnostic de pleurésie purulente : mais ces signes peuvent manquer, aussi doit-on recourir le plus souvent à la ponction

exploratrice, moyen de certitude dont l'innocuité est absolue. Il ne faut pas la pratiquer à un niveau trop élevé, car on risquerait, dans les cas d'épanchemen purulent qui se sépare en deux couches, tel celui des pleurésies de la scarlatine, de ne retirer qu'un liquide limpide qui induirait en erreur.

Il s'agit alors de pratiquer l'examen méthodique du liquide retiré par la ponction, qui fournit des renseignements positifs.

On peut faire des *cultures:* en ensemençant le liquide pleurétique on peut obtenir les différents microbes pathogènes : dans la pleurésie séro-fibrineuse les résultats sont nuls ou inconstants : dans la pleurésie purulente, nous avons indiqué dèjà au chapitre de la bactériologie la présence constante et le plus souvent isolée du streptocoque pyogène.

On peut aussi employer le cytodiagnostic pour l'étude des éléments cellulaires en suspension dans le liquide pleurétique. Un procédé rapide consiste à centrifuger le liquide retiré séro-fibrineux, et puis à examiner le culot, étalé sur des lamelles et coloré.

Dans les cas de pleurésie scarlatineuse Roger déclare: « S'il s'agit d'une pleurésie à streptocoque, on verra pres- « que uniquement des polynucléaires neutrophiles. »

Ces polynucléaires diminuent de nombre et sont mèlés à des lymphocytes, si la pleurésie guérit : ils augmentent au contraire de plus en plus si la pleurésie tourne à la purulence (voir observations II et III).

Pronostic. — Le pronostic est tout différent suivant la variété des pleurésies observées.

Les pleurésies séro-fibrineuses guérissent dans la grande majorité des cas : nous n'avons pas pu trouver un seul exemple de mort dans la série d'observations que nous avons dû consulter.

Dans les cas les plus favorables l'épanchement abandonné à lui-même se résorbe spontanément au bout de quelques jours ou de quelques semaines. On constate alors le retour du murmure vésiculaire et des vibrations thoraciques, à un niveau de plus en plus bas : on perçoit des frottements, dits frottements de retour.

Parfois le liquide reste stationnaire : souvent il augmente brusquement. Le pronostic immédiat n'offre pas grande gravité, sauf lorsqu'il y a menace d'asphyxie : on est alors obligé de pratiquer la thoracentèse.

Le pronostic éloigné doit être toujours réservé, à cause des lésions thoraciques survivant à la pleurésie, et la menace toujours possible d'une affection tuberculeuse venant se greffer en ce point de plus faible résistance.

Le pronostic des pleurésies purulentes est beaucoup plus grave et beaucoup plus réservé.

Certains auteurs proclament la guérison presque générale. D'autres, les Allemands en particulier, sont plus pessimistes : Fürbringer, von Ziemssen ont vu mourir la moitié de leurs malades atteints de pleurésies purulentes, suite de scarlatine.

En parcourant les statistiques publiées, les observations isolées, il est difficile de se faire une opinion précise, tellement les causes particulières inhérentes à chaque malade influencent le pronostic.

En général les pleurésies purulentes finissent par la guérison, surtout après une intervention opératoire.

Dans les cas défavorables, terminés par la mort dans la proportion d'un tiers, il faut surtout se méfier des processus bronchopneumoniques.

Les observations à terminaison mortelle décrites dans cette thèse viennent à l'appui de cette affirmation (voir observations VII, IX, XIII, XV, XVI, XVII, XVIII).

Hénoch déclare : « le pronostic sera établi particulièrement, d'après les symptômes concomitants, et avant « tout d'après l'état du cœur, dans une complication de « la scarlatine, maladie qui paralyse le cœur. »

Traitement. — Nous retrouvons ici des indications différentes suivant qu'il s'agit de pleurésie séreuse ou de pleurésie purulente.

Il faut tout d'abord traiter l'état général infectieux : l antipyrine sera donnée contre la fièvre, la morphine contre les douleurs thoraciques trop vives, les injections d'huile camphrée comme tonique cardiaque.

Les révulsifs sont employés sans faire aucune attention à l'exanthème, quelque prononcé qu'il soit. Les badigeonnages à la teinture d'iode, les ventouses sèches, les enveloppements humides du thorax sont des procédés précieux qui sont d'un usage utile.

On peut aussi ordonner les bains chauds de 38° à 36° toutes les trois heures pendant dix minutes; ils ont dans quelques cas produit de bons effets.

Un révulsif, tour à tour vanté et dédaigné, est à proscrire complètement : nous voulons parler du vésicatoire.

On se trouvera bien d'employer les diurétiques légers, tisanes de queues de cerises, de chiendent.

Toutes les médications doivent être inspirées par l'état général du sujet, afin d'approprier à son mode personnel de réaction une thérapeutique efficace.

Mais le vrai traitement symptomatique doit être dirigé contre l'épanchement lui-même.

Lorsque l'abondance de l'épanchement devient inquiétante, ou lorsque celui-ci reste stationnaire, la thoracentèse est formellement indiquée.

Cette thoracentèse se pratique de deux façons différentes : par la méthode aspiratrice, avec les appareils de Dieulafoy et de Potain, et par la méthode d'écoulement simple, avec l'appareil de Duguet.

La première est la plus couramment employée.

Le malade étant assis, et le vide préalablement fait dans l'appareil, on enfonce le trocart ordinairement dans le septième espace intercostal, et sur une ligne qui prolonge l'angle inférieur de l'omoplate ; lorsqu'on sent que l'extrémité du trocart est libre dans une cavité, il ne reste plus qu'à ouvrir le robinet pour mettre la plèvre en communication avec le récipient. L'évacuation doit être faite lentement, et il est inutile d'évacuer la presque totalité du liquide ; ce qui reste se résorbe souvent spontanément. Le trocart une fois retiré, on applique un pansement occlusif et un bandage de corps.

Lorsqu'il s'agit de pleurésies dont la ponction exploratrice vient de déceler le caractère purulent, une déci-

sion rapide doit être prise aussitôt. C'est l'évacuation large, chirurgicale, du contenu purulent.

L'observation XXI, empruntée à Koder, montre d'une manière frappante les inconvénients et les dangers d'une méthode moins radicale.

Il faudra donc recourir à la pleurotomie avec résection costale.

Cette opération doit être pratiquée aseptiquement.

Après anesthésie locale au moyen d'injection sous-cutanée de cocaïne ou de stovaïne, ou mieux par l'anesthésie générale au chloroforme et par le nettoyage soigneux du champ opératoire, on fait au bistouri une incision d'une dizaine de centimètres de longueur sur la paroi postéro-latérale du thorax et le long de la septième ou huitième côte, là où l'on constate le maximum de matité.

Arrivé sur la côte, on la dénude à la rugine sur 4 ou 5 centimètres que l'on sectionne au costotome ; puis l'on procède à la ponction de la plèvre.

Lorsque la plus grande partie du liquide purulent s'est écoulée, on place dans l'ouverture un gros drain double, accolé en canon de fusil, on le fixe pour éviter sa chute dans la plèvre ; on applique par-dessus tout un grand pansement aseptique qui sera renouvelé à mesure qu'il sera souillé par le pus.

Il est inutile de pratiquer les jours suivants des lavages de la plèvre : des accidents consécutifs en font proscrire l'emploi.

Les pansements sont ensuite de plus en plus espa-

cés : la guérison de l'empyème se produit au bout de deux à trois mois.

Si la pleurotomie laisse une fistule persistante, il faudra recourir à des interventions plus compliquées (voir obs. XXI).

Malgré tous ces soins, le clinicien éprouve bien des déboires et n'a pas toujours la consolation de voir le succès couronner ses efforts.

OBSERVATIONS

Pleurésies séro-fibrineuses

Observation I (*Personnelle*).

Scarlatine. Pleurésie séro-fibrineuse. Guérison.

B... Charlotte, 10 ans, entre au pavillon Trousseau de l'hôpital des Enfants-Malades, le 26 juin 1907 pour scarlatine.

Antécédents héréditaires et personnels sans intérêt.

La maladie a débuté le 20 juin par une fatigue générale, de la fièvre, de l'angine et des vomissements.

L'éruption de scarlatine est apparue le 21 juin.

A l'entrée à l'hôpital l'éruption est en voie de disparition et persiste plus que sur l'abdomen.

La température est de 39°, l'enfant a du délire ; elle présente un jettage considérable ; la langue est sèche et comme rôtie, la gorge est très rouge, la luette et les amygdales énormes sont recouvertes d'un exsudat blanchâtre très épais.

Il y a des troubles de la phonation: les ganglions sous-maxillaires sont gros et douloureux.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

27 *juin.* — Amélioration sensible : on a pratiqué des ensemencements d'exsudats sur sérum et les cultures n'ont pas décelé de bacille de Lœffler.

Le jettage a diminué, les amygdales sont moins grosses, il y a moins d'exsudats.

28 *juin.* — Amélioration de l'état bucco-pharyngien, mais douleurs au niveau des oreilles. Craintes d'otite double.

1er *juillet.* — La desquamation est en train de s'effectuer sur tout le corps. La langue est sèche, le jettage continue mais l'exsudat n'existe plus que sur l'amygdale droite.

L'état de la malade va en s'améliorant jusqu'au :

6 *juillet.* — La température s'élève, on constate une légère matité à la base du poumon droit, souffle et râles sous-crépitants disséminés dans le reste de la poitrine.

10 *juillet.* — Température 38°5, persistance du souffle et des râles sous-crépitants. A droite diminution du murmure vésiculaire et matité à la base augmentée.

12 *juillet.* — Les signes de pleurésie à droite se maintiennent. Une ponction exploratrice ramène du liquide séreux jaune citrin.

13 *juillet.* — Ponction évacuatrice : on retire 250 grammes de liquide séro-fibrineux jaune clair.

16 *juillet.* — La température est à 37°5, la matité et la diminution du murmure vésiculaire persistent à la base droite, l'épanchement n'a pas de tendance à se reproduire.

25 *juillet.* — L'état général est satisfaisant, les signes de pleurésie ont disparu et la malade entre en convalescence.

Elle sort guérie le 26 juillet.

Observation II (*Inédite*).

Due à l'obligeance de M. le Dr Dufour, médecin de la Maternité.

Scarlatine. Pleurésie séro-fibrineuse. Guérison.

J..., Albert, 17 ans, garçon marchand de vins, entre le 18 août 1905 à l'hôpital du bastion 27 salle Pombla.

Sa scarlatine a débuté le 16 août.

A son entrée rien de particulier à signaler.

Ses urines ne contiennent pas d'albumine. Le malade est mis au régime déchloruré le 21 août.

Le 24 août. — On met 4 grammes de sel dans ses aliments et le malade n'a pas d'albumine dans ses urines.

A partir du 26 août la température s'élève progressivement par poussées : à l'auscultation de la poitrine rien n'explique cette température. Le 28 août on supprime le sel des aliments, toujours pas d'albumine. Le 30 août on donne des bains à 38°.

Le 31 août. — On trouve des signes d'hydrothorax à gauche. Il n'y a pas de matité de l'espace de Traube, pas de déplacement du cœur, pas de dyspnée : la ponction exploratrice retire du liquide séro-fibrineux.

Le 4 septembre. — État stationnaire : le liquide de ponction centrifugé examiné au microscope renferme lymphocytes, polynucléaires et quelques globules rouges.

Le 5 septembre. — Le liquide semble avoir un peu diminué, quelques frottements légers de pleuro-péricardite.

Le 6 septembre. — Le liquide diminue lentement.

Le 16 septembre. — Le liquide a presque disparu. On entend la respiration dans toute l'étendue du poumon gauche.

Il n'y a plus de frottements pleuro-péricardiques.

Le malade sort guéri le 17 octobre.

Observation III (*Inédite*).

Due à l'obligeance de M. le Dr Dufour, médecin de la Maternité.

Scarlatine. Pleurésie séro-fibrineuse double. Guérison.

S... Marie, 16 ans, domestique, entre le 30 avril 1905 salle Pombla, hôpital du bastion 27.

Le début de sa scarlatine remonte au 26 avril.

Rien de particulier à signaler à son entrée.

Le 27 mai. — La malade se plaint de douleurs siégeant au niveau du cou-de-pied des deux membres, puis poussée de fièvre la température atteint 40°.

Enveloppements au salycilate de méthyle, et sulfate de quinine à l'intérieur.

A l'auscultation du cœur, souffle d'insuffisance mitrale avec dédoublement du deuxième temps.

Le 31 mai. — Apparition d'une éruption de rubéole localisée aux jambes et aux bras.

Le 1er juin. — Frictions au collargol, et ventouses scarifiées sur la région précordiale. Signes légers de péricardite.

A l'auscultation des poumons, souffle aux deux bases avec matité correspondante, signes de pleurésie double : une ponction exploratrice retire du liquide séro-fibrineux jaune citrin.

L'examen de ce liquide montre à droite beaucoup de polynucléaires et peu de lymphocytes, à gauche beaucoup de lymphocytes et de cellules endothéliales.

Vers le 5 juin la température baisse et la malade va beaucoup mieux.

Le 17 juin. — On pratique une thoracentèse et l'on retire une centaine de grammes de liquide séro-fibrineux légèrement teinté en rouge.

Les signes d'insuffisance mitrale persistent.

Le 27 juin. — Il y a encore un peu de liquide à gauche.

Le 8 juillet. — Le malade sort en bonne voie de guérison.

Observation IV (*Inédite*).

Due à l'obligeance de M. le Dr Teissier, médecin de l'hôpital Claude-Bernard.

Scarlatine. Pleurésie, séro-fibrineuse.

C... Cécile, 23 ans, domestique, entre le 2 février 1908 à l'hôpital Claude-Bernard, salle Jenner, pour scarlatine.

Le début de la maladie remonte au 29 janvier.

L'éruption a commencé le 2 février.

A son entrée l'éruption est généralisée ; la gorge est rouge, les amygdales sont très volumineuses, et recouvertes d'un enduit pultacé.

Les poumons présentent quelques râles de congestion des bases, surtout à droite.

Le 10 février. — La malade est un peu oppressée.

On note aux poumons, à la percussion : à droite et à gauche de la matité s'accroissant progressivement de l'angle inférieur de l'omoplate aux bases ; matité plus marquée à droite qu'à gauche ; zone de matité absolue aux deux bases s'étendant sur quatre travers de doigt.

A l'auscultation, à droite respiration soufflante d'autant plus accentuée qu'on ausculte plus près de la limite supérieure de la matité absolue.

Au niveau de cette limite souffle pleurétique; au-dessous obscurité respiratoire complète :

On note de la pectoriloquie aphone.

A gauche respiration soufflante surtout à la base.

La ponction exploratrice ne ramène pas de liquide.

14 *février*. — L'épanchement a un peu augmenté. Respiration humée au-dessus du niveau supérieur. Souffle pleurétique au-dessous.

15 *février*. — Diminution de l'épanchement à droite. Les phénomènes de percussion n'ont pas varié, mais le souffle pleurétique s'entend jusqu'à la limite de l'épanchement.

16 *février*. — Amélioration persistante.

17 *février*. — La malade sort de l'hôpital en voie de guérison.

Pas de renseignements postérieurs à sa sortie.

Observation V (*in* thèse de Saint-Paul).

Scarlatine. Pleurésie séro-fibrineuse. Guérison.

E... L..., âgé de 12 ans, entre le 23 avril.

Dans la nuit du 22 au 23 avril l'enfant a eu du côté droit un point de côté violent qui a persisté jusqu'au matin. Il a eu des épistaxis. Le matin paraît l'éruption.

Le 24 avril. — Il est vu à la visite du matin. La langue est saburrale, un peu sèche. La gorge rouge, sans exsudat. L'éruption est bien accusée sur tout le corps. La maladie se complique de pleurésie droite. Pas d'albumine dans les urines. On a 37°8, état général satisfaisant.

Les signes de pleurésie sont les suivants : submatité dans les deux tiers inférieurs du poumon droit, diminution du murmure vésiculaire, frottement moelleux au même niveau avec râles sous-

crépitants fins à la toux, abolition presque complète des vibrations thoraciques, un peu d'égophonie.

Il reçoit une injection préventive : 10 centimètres cubes de sérum.

Le 25 avril. — La langue est dépouillée sur les bords. Desquamation sur tout le corps. Examen du poumon droit, matité dans toute la hauteur, vibrations thoraciques abolies dans le tiers inférieur, diminuées dans le tiers moyen, normales dans le tiers supérieur. A l'auscultation abolition du murmure vésiculaire en bas, diminution à la partie moyenne, respiration supplémentaire en haut: râles sous-crépitants fins à la partie moyenne dans les grandes inspirations et à la toux. Égophonie dans la partie inférieure.

Le 27 avril. — Langue dépouillée. Éruption encore marquée. Desquamation bien établie. État général satisfaisant.

L'examen du poumon droit donne lieu aux mêmes constatations qu'hier. Une ponction exploratrice à la seringue de Pravaz ramène un liquide séreux avec lequel on ensemence un tube de gélatine (résultat négatif).

Traces d'albumine : on a 38°. Urticaire.

Le 29 avril. — Aux signes pulmonaires déjà donnés s'ajoutent du souffle pleurétique dans les deux tiers supérieurs du poumon, de la pectoriloquie aphone, de l'égophonie.

Le 30 avril. — Léger retour des vibrations thoraciques.

Le 1er mai. — Le murmure vésiculaire est revenu davantage en bas. L'épanchement diminue. Albumine.

Le 2 mai. — Auscultation pulmonaire comme hier. L'égophonie n'est plus aussi nette. Les vibrations thoraciques ne sont pas encore revenues. Il y a encore du liquide.

Le 4 mai. — Frottements à la base droite. Submatité. Vibrations très diminuées.

Le 7 mai. — Langue saburrale. Gorge normale. Examen du poumon : léger souffle au niveau de la pointe inférieure de l'omoplate, frottements au-dessous, légère submatité.

Le 8 mai. — Langue saburrale. Gorge normale. Frottements à la base droite. On entend la respiration dans toute la hauteur.

Les jours suivants la pleurésie continue à s'améliorer.

La scarlatine et la pleurésie ont évolué dans des conditions ordinaires, sans jamais soulever aucun présage mauvais. On n'a toujours en somme qu'une température modérée. L'enfant est sorti guéri le 1er juin.

II. — Pleurésies purulentes

Observation VI (*Personnelle*).

Scarlatine. Pleurésie purulente. Empyème. Mort par affection intercurrente.

F... Marthe, 5 ans 1/2, entre le 8 juin 1907 au pavillon de l'hôpital des Enfants-Malades pour scarlatine.

Antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien de notable.

Le 5 juin en se levant l'enfant a été prise de vomissements puis s'est plaint de la gorge : la température prise donne 39°5. L'éruption de scarlatine est apparue le 7 juin à midi.

A son entrée le 8 juin cette éruption est nette et généralisée : la température est de 39°, la gorge est rouge ; les amygdales

sont grosses et il y a un exsudat sur celle de gauche. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

14 *juin.* — Température 39°5. L'enfant se plaint de douleurs au niveau des poignets, pas d'albumine dans les urines.

21 *juin.* — La malade accuse de la douleur au niveau de la partie moyenne de la cuisse gauche. On constate en ce point de la rougeur et de l'empâtement profond douloureux.

28 *juin.* — L'enfant dont la température est élevée et monte à 40°, est atteinte de dyspnée : son pouls bat à 120 pulsations à la minute.

A la percussion du thorax, il y a de la matité à la moitié inférieure et postérieure du poumon gauche. A l'auscultation on entend un souffle respiratoire à ce niveau : le murmure vésiculaire est aboli, les urines contiennent un peu d'albumine.

Le 29 *juin.* — La dyspnée persiste, la température est à 39°5, la matité a envahi toute la partie inférieure du poumon gauche, les signes de pleurésie sont des plus nets. On fait une ponction exploratrice et l'on retire du liquide séreux clair, jaune citrin.

L'examen cytologique ne montre que quelques lymphocytes.

30 *juin.* — Persistance des mêmes symptômes : on refait une nouvelle ponction, le liquide évacué est légèrement purulent.

1^er^ *juillet.* — On pratique l'opération de l'empyème. Chloroformisation, résection d'un fragment de la huitième côte et ouverture de la plèvre. Évacuation d'un litre de liquide franchement purulent contenant de nombreuses fausses membranes.

L'examen bactériologique du pus montre qu'il renferme du streptocoque presque pur.

Drainage avec deux gros tubes de caoutchouc accolés en canon de fusil : pansement avec des compresses stérilisées sèches.

2 *juillet.* — La malade va mieux : la température est tombée

à 38°, la dyspnée est diminuée. Les jours suivants l'état général de l'enfant s'améliore : on pratique des pansements quotidiens sans lavage de la plèvre.

7 *juillet.* — La température monte brusquement à 39°, la suppuration ralentit.

8 *juillet.* — Température 38°2. Lavage de la plèvre avec une solution faible d'eau oxygénée.

A partir de ce jour la température tombe : la malade va mieux: on cesse les lavages et l'on continue les pansements à intervalles réguliers mais de plus en plus espacés: l'enfant commence à s'alimenter.

Pendant tout le mois d'août la petite malade reste à l'hôpital, quoique sa scarlatine soit guérie. La plaie de l'opération de l'empyème se cicatrise lentement sans temps d'arrêt.

La sortie de l'enfant est décidée, lorsque le 4 septembre se produit une élévation brusque de température: l'enfant tousse, on constate un foyer de râles sous-crépitants fins dans le poumon droit.

Le 5 septembre. — Apparition dans la soirée d'une éruption très intense de rougeole avec catarrhe oculo-nasal.

L'éruption disparaît quatre jours après et la fièvre tombe.

14 *septembre.* — Température 39°, dyspnée intense, râles sous-crépitants dans tout le poumon droit.

On porte le diagnostic de bronchopneumonie.

L'état général reste mauvais, il y a un gramme d'albumine par litre dans les urines.

17 *septembre.* — Décès à 10 heures du soir.

Opposition à l'autopsie.

Observation VII (*Personnelle*).

Scarlatine. Pleurésie purulente. Mort.

S... Emile, 4 ans, entre au pavillon de la diphtérie de l'hôpital des Enfants-Malades, le 31 mai 1907.

Rien à signaler d'intéressant dans ses antécédents héréditaires et personnels.

A son entrée était déjà malade depuis sept jours, il avait une angine avec exsudats sur les amygdales et sur les piliers du voile du palais.

L'examen bactériologique de ces exsudats ne révèle pas de bacille de Lœffler.

Le 2 juin. — Apparition d'une éruption de scarlatine et passage au pavillon spécial.

A ce jour éruption généralisée, langue dépouillée et framboisée, gorge rouge avec exsudats. Adénite sous-maxillaire double.

Le 6 juin. — Otite moyenne double.

La desquamation commence le 7 juin.

Récidive de l'angine et de l'éruption le 12 juin.

Le 16 juin. — L'enfant présente les symptômes d'une mastoïdite gauche, l'oreille est décollée : il y a un œdème énorme de la région.

Le 17 juin. — Intervention opératoire : on ne trouve pas de pus collecté, et l'on met à nu le sinus latéral sans l'ouvrir.

Les jours suivants l'état général reste mauvais, il y a des oscillations de température. On trouve de la matité au poumon droit.

Ponctions exploratrices trois jours de suite sans résultats.

L'enfant meurt le 1er juillet.

A l'autopsie le 2 juillet, rien de particulier à noter du côté du cerveau et de la région mastoïdienne. A l'ouverture du thorax, dans la plèvre droite, collection d'un litre environ de pus de teinte vert foncé avec fausses membranes. Poumon revenu sur lui-même avec infarctus sous-pleuraux.

Rien de spécial à noter dans les autres viscères.

Observation VIII (*Inédite*).

Due à l'obligeance de M. Dufour, médecin de la Maternité.

Scarlatine. Pleurésie droite interlobaire hémorragique puis purulente. Empyème. Guérison.

P... Lucien, 20 ans, comptable, entre le 11 janvier 1905 à l'hôpital du Bastion 27, salle Pombla, pour scarlatine.

Le début de la maladie remonte au dimanche 8 janvier.

A son entrée à l'hôpital, le malade présente une éruption intense, et des signes de bronchite généralisée. Il y a de plus de la conjonctivite de l'œil droit que l'on soigne avec une solution d'oxycyanure de mercure au 1/1000e.

L'œil gauche se prend aussi : collyre au sulfate de zinc et d'atropine. La conjonctivite est guérie après quelques jours de traitement.

Sans signes prémonitoires autres que la fièvre le malade présente les signes d'une pleurésie droite.

Matité absolue à la base, vibrations abolies : la ponction exploratrice ne donne pas de liquide.

A la partie moyenne souffle très intense ; une ponction exploratrice faite à ce niveau retire du liquide hémorragique; à l'examen cytologique de ce liquide, polynucléaire, en grande quantité.

Le 24 janvier. — Température 39°, les signes restant les mêmes, le malade ayant des ascensions fréquentes de température, on procède à une ponction évacuatrice.

La ponction de la base ne donne rien ; plus haut, à la partie moyenne, on retire 400 grammes de liquide fortement hémorragique.

Le liquide cultivé sur bouillon et sur sérum ne donne rien.

Le 25. — Température 37°,3. On note de la matité à la base et au tiers supérieur, de la sonorité à la partie moyenne ; les vibrations sont diminuées : pas de perception de bruit d'airain, mais souffle intense avec frottements ; on entend la respiration à la partie moyenne.

Skodisme sous la clavicule.

Le 26. — 38°5. La partie moyenne redevient mate peu à peu les signes de la veille vont en s'accentuant.

Le 27. — Température 40°, il y a de la matité dans tout le poumon droit : souffle à la partie moyenne, râles fins à la base. La ponction exploratrice faite au tiers moyen donne du liquide hémorragique.

A la base la ponction ne ramène rien.

Le 28. — Température 38°7. Gros souffle en avant et en arrière, matité dans tout le poumon droit : à la base, râles fins. On retire par la ponction évacuatrice 800 grammes de liquide hémorragique. Le point dont le malade souffrait depuis douze heures disparaît.

Le 28. — Au soir la température tombe à 38° et le malade souffre moins et crache moins. Matité à la base et au sommet droit. Submatité à la partie moyenne. Le souffle est toujours aussi intense : il y a des râles fins à la base.

Du 1er *au* 9 *février.* — La température s'abaisse lentement sans redescendre jusqu'à la normale.

Les signes de pleurésie droite persistent, mais le liquide retiré par les ponctions est de moins en moins hémorragique.

Le 8. — Le liquide contient des lymphocytes et toujours un peu de sang.

Du 8 *au* 15.— La température atteint la normale, mais le 15, le malade souffre du côté droit et se cachectise tous les jours un peu plus. Une ponction évacuatrice retire 100 grammes de liquide purulent jusqu'au 25 février, les ponctions donnent du liquide purulent.

Le 25 *février.* — Transfert à l'hôpital St-Louis dans le service du Dr Guinard.

Opération de l'empyème. On trouve dans l'interlobe droit une poche remplie de liquide purulent contenant des fausses membranes.

Le malade, à partir de ce jour, entre en convalescence, et sort de l'hôpital St-Louis, deux mois après, complètement guéri.

Observation IX (*Inédite*).

Due à l'obligeance de M. Girou, interne provisoire des hôpitaux.

Scarlatine. Bronchopneumonie. Pleurésie purulente. Mort.

P... Élisabeth, 4 ans 1/2, entre le 13 février 1908 à l'hôpita des Enfants-Malades, salle Baudelocque.

Les antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien d'intéressant à signaler.

Elle est soignée pour une coxalgie gauche ayant débuté en janvier 1908.

Le 23 *février.* — Température 39° et angine.

Le 24 *février.* — Éruption légère et généralisée mais caractéristique de scarlatine.

Passage au pavillon spécial le même jour.

Le 1er *mars.* — Desquamation légère, fine, furfuracée débutant par la face :

On note de la dyspnée et 38°5 de température.

A l'auscultation, râles de bronchite généralisée.

Le 2 *mars.* — A la partie moyenne du poumon droit, souffle pleurétique, légère matité à la base droite.

La température oscille entre 38° et 39°5.

Le 6 *mars.* — On note des râles sous-crépitants, fins, disséminés dans les deux poumons : on perçoit un léger souffle, au sommet droit.

Le 8 *mars.* — Persistance des mêmes signes. L'état général s'aggrave : la dyspnée est plus marquée, la voix est éteinte, le pouls petit.

Le 10 *mars.* — Décès.

A l'autopsie on évacue 100 grammes de pus de la plèvre droite ; il y a des fausses membranes ; toute la plèvre viscérale est tapissée d'un enduit crémeux.

A la coupe des poumons, lésions généralisées de bronchopneumonie.

Le foie, la rate, les reins sont volumineux.

Oservation X (Trousseau).

Scarlatine fruste. Pleurésie purulente. Paracentèse. Gué rison

C'était un jeune enfant de 6 ans, tout à coup sans avoir été

malade un seul instant, il devient enflé. M. Blache et moi sommes alors mandés en consultation : nous reconnaissons l'anasarque scarlatineuse survenue d'emblée. Elle était considérable et accompagnée d'hématurie.

Le père et la mère très attentifs sur la santé de leur fils nous déclaraient que le matin encore, il avait déjeûné comme à son ordinaire. Le maître de pension disait qu'il avait joué comme d'habitude.

Il n'avait donc eu ni fièvre ni éruption et la maladie s'était traduite par le seul accident pour lequel nous étions appelés.

A huit jours de là, ce jeune garçon eut une pleurésie double : on croyait la mort imminente lorsqu'on nous manda de nouveau M. Blache et moi. Nous constatâmes l'épanchement dans les deux plèvres : quatre jours plus tard, nous trouvions un côté de la poitrine guéri, tandis que l'autre avait pris un énorme développement.

Nous proposâmes la paracentèse, et, la pratiquant immédiatement nous retirâmes par la ponction 750 grammes de pus : pendant deux ou trois mois M. le Dr St-Amand fit des injections iodées dans la plèvre.

Quoiqu'il se soit produit dans l'intervalle du traitement une perforation pulmonaire, l'enfant guérit, et aujourd'hui il jouit d'une très bonne santé.

Observation XI (*in* thèse de Courtois Suffit).

Scarlatine. Pleurésie purulente mixte. Streptocoque et staphylocoque. Guérison après empyème.

(Bucquoy. Soc. méd. hôpitaux, 6 juin 1889.)

Homme de 30 ans, garçon de magasin, entre à l'Hôtel-Dieu

le 23 janvier 1890. La veille le malade avait été couvert sur toute la surface du corps d'une éruption scarlatiniforme des plus intenses. La gorge était un peu rouge, mais le malade était presque sans fièvre : Cette éruption qui ne dura que quatre ou cinq jours, fut suivie, le 25 janvier, d'une desquamation générale en larges plaques sur toute l'étendue du corps.

Cette éruption avait été précédée depuis trois semaines de tous les symptômes de l'influenza.

En même temps que l'éruption début de la pleurésie du côté droit.

Point de côté, oppression. Épanchement rapidement croissant. Thoracentèse le 26 janvier. Issue de plus de deux litres de liquide franchement purulent.

Le 29. — Reproduction de l'épanchement : deuxième ponction. Examen bactériologique. Streptococcus pyogenes. Staphylococcus. Aucune amélioration. Dyspnée toujours considérable. Œdème de la paroi thoracique.

3 *février*. — Empyème. Antisepsie absolue. Chloroformisation. Il s'écoule plusieurs litres de liquide purulent.

Pas de lavage. Gros drain est laissé dans la plaie.

Pansement iodoformé. Le pansement se souille très vite : il est renouvelé autant qu'il est nécessaire.

L'épanchement reste toujours sans odeur. L'état général reste mauvais. Pâleur extrême : excavation des yeux. Abattement, peu de fièvre.

Le 15. — Douleurs vives dans l'oreille droite : suppuration, muguet et diarrhée.

Le 25. — Amélioration de l'état général : cicatrisation commence.

Le 27. — Débâcle de pus sans odeur montre qu'il y avait

malgré la présence des drains, rétention de liquide dans la plèvre.

15 *mars*. — Le drain est repoussé au dehors, la fistule restait fermée dans le pansement. Le malade séjourne encore à l'hôpital jusqu'au 1er mai, mais complètement guéri.

Observation XII (in thèse Navarre).

Scarlatine. Pleurésie purulente. Empyème. Guérison.

D... Jeanne, 8 ans 1/2. On n'apprend rien d'intéressant sur ses antécédents héréditaires. Elle a eu la coqueluche à 3 ans et la rougeole à 5 ans.

Le 12 avril. — L'enfant se sent souffrante. Le 13 elle se plaint de la tête et de la gorge, elle vomit. Le 14 le mal à la gorge est plus fort, la mère remarque sur le corps l'éruption scarlatineuse.

18 *avril*. — L'enfant entre à l'hôpital avec une angine pultacée recouvrant les deux piliers et la luette.

L'angine cultivée montre la présence du streptocoque, la langue est chargée, mais le bout se desquame.

On voit sur le corps un reste d'éruption. Température 39°.

Les jours suivants la température descend et le 26 avril elle atteint 37°3 le soir.

A partir de ce jour le thermomètre donne une température toujours plus haute et le 31 avril la fillette a 38° de température le soir.

1er *mai*. — Rien du côté de la gorge, ni du cœur, ni des oreilles. Pas d'albumine dans les urines. Un peu de submatité en arrière à droite. Température : 38°3 le soir.

2 *mai.* — Submatité remontant jusqu'à la pointe de l'omoplate. Souffle pleurétique, égophonie, température 38°8 le soir.

3 *mai.* — La percussion pratiquée à la base du poumon droit en arrière révèle de la submatité. A l'auscultation on entend quelques frottements et un souffle à timbre pleurétique très net. La température s'est élevée à 40°2, on ordonne des bains à 28° toutes les trois heures.

4 *mai.* — Malade très oppressée dormant mal, délirant pendant la nuit. Température du soir 40°4.

5 *mai.* — Matité à la base du poumon droit, frottements. État général mauvais.

6 *mai.* — L'état général reste mauvais. La température s'est un peu abaissée, les autres signes n'ont pas varié.

7 *et* 8 *mai.* — La température monte à 40°3 le soir.

9 *mai.* — Après une ponction exploratrice l'empyème est décidé ; on retire une grande quantité de pus ; on laisse un drain dans la plaie. On espacera le plus possible les pansements. On ne fera pas de lavage de la plèvre mais on versera une vingtaine de gouttes de teinture d'iode dans la plaie chaque fois que l'on renouvellera le pansement.

A partir du 9 mai, la température descend mais reste oscillante entre 37°5 le matin et 39° le soir.

30 *mai.* — La température descend de nouveau et on ne trouve plus d'oscillation qu'entre 37°5 et 38°. Enfin la malade sort guérie le 29 juin. L'enfant est venue se montrer depuis à l'hôpital : il ne reste plus trace de sa pleurésie.

Observation XIII (*in* thèse de Saint-Paul).

Scarlatiner. Infection pulmonaire droite : pleurésie purulente. Mort.

Enfant décédé le 3 avril au dix-septième jour de la maladie.

D. R..., âgé de 20 mois.

Du 9 au 17 mars. — La température oscille entre 37°4 et 37°6: le thermomètre s'est souvent tenu vers 38°.

Le 18 mars. — La température commence à monter, elle arrive à 38°4.

Le 24 mars. — On constate l'éruption. La fièvre est à 40° le matin et 41° le soir.

Le 25. — Nous voyons une éruption nette généralisée, très intense, écarlate. Le 30 elle a disparu. Du côté de la gorge c'est une angine simple : les amygdales sont grosses, la gorge est rouge, sans exsudat.

Le 25 mars. — Début de la desquamation, en même temps on trouve un foyer de broncho-pneumonie à la base du poumon droit (souffle tubaire), le pouls est petit, rapide, il est à 160. Dyspnée : on compte 68° pour la respiration. Le thermomètre marque 39°6 et 40°6.

Le 26. — Même auscultation, pouls à 140, respiration à 60. La température est à 39°2 et 40°3 (matin et soir). Les jours suivants (du 27 mars au 3 avril), le pouls, la respiration et la température resteront dans un état analogue.

Après l'examen du 28 mars nous notons : matité dans la zone droite dans toute son étendue, pas de murmure respiratoire,

souffle tubaire dans la zone moyenne droite et en avant. L'enfant a de la diarrhée depuis le 25.

Du 30 mars au 2 avril. — Constatations identiques.

Dès le 25 mars. — On a ordonné des enveloppements froids toutes les trois heures pendant une demi-heure.

Le 3 avril. — L'enfant est très agité ; l'auscultation est difficile. Subitement dans le matinée l'enfant a une crise aiguë de dyspnée ; il étouffe et se cyanose.

On fait une injection de 1 centimètre cube d'huile camphrée.

L'enfant est toujours cyanosé et dyspnéique : on fait une injection d'éther. Il meurt à 11 heures 1/2 du matin. On a porté le diagnostic de bronchopneumonie, c'est une complication rare dans la scarlatine.

Autopsie le 4 avril. *Poumon.* — A l'ouverture du thorax on constate que la plèvre et le poumon du côté gauche sont sains, mais à droite il y a dans la cavité pleurale 150 grammes de liquide séro-purulent. De plus à la partie supérieure, le poumon adhérait légèrement à la paroi par l'intermédiaire d'un exsudat fibrineux, extrêmement épais. Le poumon droit retiré, on constate que la plèvre qui le recouvre est très épaissie. A la coupe le poumon a l'aspect de la chair musculaire (carnifié). On constate l'épaississement de la plèvre interlobaire et de la sclérose péribronchique. Le tissu pulmonaire ne crépite en aucun point ; des fragments enlevés de diverses régions plongent dans l'eau. En somme il y a de l'atélectasie, un peu de sclérose en quelques points, mais aucune lésion de bronchopneumonie aiguë. Les ganglions trachéo-bronchiques sont légèrement augmentés de volume.

Observation XIV (Stettiner).

Scarlatine. Pleurésie purulente. Empyème. Guérison.

Adolphe L..., 5 ans, enfant vigoureux.

Pas de maladies infectieuses antérieures, mais seulement deux bronchites.

7 *février* 1888. — L'enfant tombe malade. Apparition de la fièvre puis d'une éruption typique de scarlatine sur le cou, la poitrine et le dos.

8 *février*. — L'éruption est généralisée : la température rectale s'élève jusqu'à 39° et 40°. Pouls accéléré (130 p. à la min.). Tension bonne. L'état général est légèrement altéré. La gorge et les amygdales sont rouges et tuméfiées : il n'y a pas d'exsudat. Toux légère, avec phénomènes insignifiants de bronchite dans la partie inférieure et postérieure des deux poumons. La percussion montre partout une sonorité normale. A l'examen clinique du cœur et des organes abdominaux, pas de changements.

Le soir les phénomènes du côté de l'appareil respiratoire sont plus violents ; la toux est plus forte. Il y a de la gêne de la respiration.

9 *février*. — Les signes précités se sont accrus. L'examen des poumons décèle dans toute la partie inférieure du côté gauche de la matité. Cette matité commence au milieu de l'omoplate et va en augmentant jusqu'à la base ; elle décroît en diagonale sur le devant.

On entend dans tout le côté gauche le murmure vésiculaire accompagné de râles sous-crépitants fins.

A droite, le murmure vésiculaire s'accompagne de frottements

et dans toute la partie inféro-postérieure de râles moyens et fins.

Température 40°. Pouls : 150. Tension modérée.

Une ponction exploratrice faite dans la partie postérieure gauche du thorax montre la présence d'un épanchement séreux, d'épaisseur notable, un peu trouble.

On procède de suite à la ponction évacuatrice de la plèvre, à l'aide du trocart de Fürbringer.

On évacue à peu près un demi-litre de liquide séreux à peine trouble.

Après la ponction, la tension du pouls s'élève, la dyspnée diminue : la matité persiste, pendant que la respiration s'entend mieux au sommet du poumon.

En bas la respiration est revenue accompagnée de râles sous-crépitants fins.

10 *février*. — La matité paraît s'accroître quelque peu : l'état général est sans changement : l'éruption a disparu et la peau commence à desquamer.

11 *février*. — L'épanchement paraît remonter encore: il occupe toute la moitié gauche du thorax, comme le montre la percussion. La matité du poumon rejoint celle du cœur. Celui-ci paraît déplacé vers la droite.

Le petit malade délire : il a de la dyspnée.

Température 39°. Pouls très rapide à 160, hypotendu. On fait des injections sous-cutanées d'huile camphrée : le pouls redevient plus lent et plus fort.

Le malade est très affaissé et s'alimente mal.

12 *février*. — On pratique pour la seconde fois une ponction évacuatrice, et l'on retire un demi-litre de liquide. Il est plus trouble que la première fois. Après la ponction le malade reprend

des forces : la cyanose des lèvres s'efface : la dyspnée est moins marquée.

Température 39°5, le pouls est moins rapide (140) et mieux tendu : l'état général est meilleur : l'enfant prend un peu de nourriture.

13 *février*. — Nouvelle amélioration : la température oscille entre 38°3 et 39°3 : le pouls (132) est bien tendu : la matité s'affaiblit : la respiration est rapide mais plus tranquille que les jours précédents. Toux légère.

14 *février*. — L'état général n'a pas changé : la matité a un peu diminué.

Le 15 *février*. — Le murmure vésiculaire s'entend de nouveau dans tout le côté gauche, la matité suit une ligne diagonale d'avant en arrière. La dyspnée est un peu augmentée. Température 39°, pouls 140, tension modérée. Une ponction exploratrice montre que le liquide est devenu séro-purulent, l'enfant est transporté dans le service de chirurgie.

On fait une incision dans le sixième espace intercostal, en-dessous de l'extrémité inférieure de l'omoplate.

Il sort une grande quantité de liquide séro-purulent. Introduction d'un drain dans la cavité pleurale : lavages avec une solution de thymol, et pansement antiseptique.

16 *février*. — On change le pansement : le premier est traversé par le pus dans toute son épaisseur : nouveau lavage et nouveau pansement. L'enfant est très abattu, la dyspnée est très forte, la fièvre minime, le pouls fréquent (128) mais fort.

Le pansement devient quotidien : la température oscille entre 38° et 39° : l'enfant commence à reprendre des forces et à s'alimenter.

Le 22 février. — On supprime le drain, la suppuration étant très réduite.

A partir du 25 *février*, le malade est apyrétique. Bon état général, en somme amélioration notable.

Il y a encore quelques élévations passagères de température. Le pansement n'est plus refait que tous les trois jours, la plaie se nettoie, la suppuration est faible.

14 *mars.* — Le malade se lève, ses forces sont en grand progrès. La température est normale, pas d'albumine dans les urines.

Le 23 mars. — La fistule est fermée, légère submatité à la base, le murmure vésiculaire s'entend dans toute l'étendue des poumons sans signes juxtaposés.

Le 23 mars. — Le malade est alors considéré comme guéri, i sort au bout de six semaines de maladie.

Observation XV (Stettiner)

Scarlatine. Pleurésie purulente. Empyème. Mort.

Jean Sk..., 6 ans, ses parents sont des malheureux, venus de Russie, ne sachant pas l'allemand, et qui ne peuvent pas donner de renseignements précis.

L'enfant est entré le 12 avril 1892 à l'hôpital; il vient de l'asile de « Sans abris » où il est tombé malade le jour précédent.

A l'examen du malade, on constate que c'est un enfant chétif, de constitution médiocre. Il est dans un état d'agitation et d'inquiétude continuel.

On remarque de nombreuses vésicules d'herpès sur la joue

gauche et sur le nez. Il n'y a pas d'éruption et d'œdème sur le reste du corps. La température est fébrile, elle est à 39°5. Le pouls est accéléré (126) de tension moyenne.

L'état général du petit malade ressemble à la période d'incubation d'une maladie infectieuse. Isolement. L'enfant ne s'exprime que par des gémissements.

La langue est sèche, saburrale, ses bords sont rouges ; les muqueuses buccales, nasales, les amygdales sont rouges et gonflées. Aucun exsudat.

L'examen des poumons ne montre pas de modifications de la sonorité normale, le murmure vésiculaire présente le caractère infantile, il y a quelques râles sous-crépitants, la respiration un peu accélérée (26) sans gêne.

La toux est faible. La tension cardiaque n'est pas augmentée, les bruits du cœur sont nets et réguliers.

L'abdomen est légèrement ballonné. Pas d'anomalie à la percussion. Foie et rate normaux.

Pas de selles, les urines ne renferment aucun principe pathologique.

Dans l'après-midi, apparaît, sur le cou, la poitrine et le dos, une éruption typique de scarlatine, la figure est elle-même rouge, sauf le nez et le pourtour de la bouche qui sont pâles.

Température 40°, Pouls 132. Respiration accélérée, pénible, les phénomènes de bronchite sont plus violents.

13 *avril*. — Nuit agitée. État général affaibli, le malade remue sans cesse dans son lit. Mouvements choréiques des muscles de la figure, plus faibles aux extrémités.

Température 40°2, Pouls 132, régulier et fort. Respiration (36) accélérée et pénible. Battements des ailes du nez. L'éruption est généralisée. La muqueuse de la gorge n'a pas changé d'aspect.

L'examen des poumons montre, à droite, en avant et en arrière, une matité de trois travers de doigt à la base.

On entend le murmure vésiculaire, avec quelques râles fins.

A gauche, en avant et en arrière, mêmes signes d'auscultation avec quelques râles crépitants.

La recherche des vibrations thoraciques est impossible, le malade ne pouvant ni crier, ni parler.

Le ventre est encore ballonné. Selle normale.

Traitement. Bains, alimentation lactée.

Enveloppements humides du thorax.

Le soir l'état général ne s'est pas modifié.

Température 93°5. Pouls 132, bien frappé.

14 *avril.* — Nuit très agitée. Sensibilité légèrement émoussée, le malade est déprimé, les mouvements choréiques sont plus rares et n'existent plus qu'à la figure.

Température 40°4. Pouls 136, régulier, tension bonne.

Respiration très accélérée (40). Battements des ailes du nez et du tirage.

L'examen du thorax montre du tirage à droite, avec de la voussure du même côté, respiration difficile.

A la percussion, à droite, la matité remonte en avant et en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate, toute la moitié inférieure est d'une matité de bois, ainsi que les parties latérales. Le murmure vésiculaire s'entend partout à droite, avec quelques frottements disséminés.

La matité du côté droit se continue avec celle du cœur, à gauche pas de prolongation de la matité ; le murmure vésiculaire s'entend, quelques râles crépitants.

Ventre un peu ballonné. Selle normale.

La respiration est plus gênée l'après-midi. Le soir la voussure du côté droit est devenue plus nette.

On fait une ponction exploratrice, sur la ligne axillaire, dans le sixième espace intercostal ; on retire un liquide louche.

A la même place, à l'aide du trocart de Fürbringer ponction évacuatrice, sortie de 350 centimètres cubes de liquide nettemen purulent.

Respiration plus tranquille. Pouls (144) bon.

Le malade est moins déprimé.

L'examen du poumon droit montre que la matité n'est plus que de deux travers de droigt. Murmure vésiculaire. Râles sous-crépitants.

15 *avril.* — L'état général est un peu meilleur. Sommeil tranquille. Les mouvements choréiques ont cessé, la sensibilité est revenue, l'éruption existe encore sur le haut du corps. La muqueuse de la gorge est toujours rouge et gonflée sans un exsudat. La température est un peu tombée (39°1). Le pouls est bien frappé (132). Le malade s'alimente mieux. Les signes pulmonaires n'ont pas subi de changement essentiel. L'abdomen n'est plus ballonné. Selle normale. Pas d'albumine dans les urines.

16 *avril.* — L'éruption a disparu. Çà et là, on remarque un commencement de desquamation de la peau. La gorge est toujours rouge et gonflée. Les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés. La température est remontée à 40°2 : le pouls très accéléré (160) : sa tension est faible. La dyspnée est plus forte.

La matité du poumon droit remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate ; le murmure vésiculaire, accompagné de râles, s'entend moins bien, et s'éloigne dans la profondeur. La ponction explo-

ratrice montre que l'épanchement purulent s'est reformé en grande quantité.

17 *avril.* — La nuil fut calme. Le malade a une forte dyspnée. Température 39°8. Pouls (156) peu tendu. Une nouvelle ponction exploratrice confirme la précédente.

Avec toutes les précautions antiseptiques, on fait, sur le prolongement de l'omoplate, dans le septième espace intercostal, une incision longue de 3 centimètres à travers la peau et les muscles : on enfonce ensuite dans la profondeur de la cavité pleurale une canule analogue à un trocart d'ascite, puis la canule de Fürbringer. On retire progressivement par l'ouverture 300 centimètres cubes de liquide purulent. Lavage de la cavité avec une solution faible de salol : on laisse, dans le but d'assurer l'écoulement du liquide, une pièce métallique ressemblant à celle qui existe dans la canule à trachéotomie. Pour adoucir l'irritation de la toux causée par l'appareil, on fait une injection sous-cutanée d'un demi-milligramme de morphine.

Le malade est plus tranquille : la respiration est encore rapide, le pouls fréquent. Température le soir 40°6. Nouvelle injection de 1 milligramme de morphine.

18 *avril.* — Le malade a beaucoup toussé pendant la nuit mais il a dormi tranquillement. L'état général est faible. Température à 9 heures 39°5, à midi 38°5. Pouls (144), tension modérée.

Le pansement est un peu traversé. Nouveau lavage de la plèvre avec la solution de salol : nettoyage de la canule et pansement ; à 11 heures 1/2 injection sous-cutanée de 1 milligramme de morphine. Dans l'après-midi l'état du malade a empiré. Celui-ci est agité, se remue beaucoup. La sensibilité est diminuée : le malade fait ses matières sous lui.

La température monte à 3 heures au-dessus de 40°, à 6 heu-

res à 40°3, à 9 heures du soir 38°9. Le pouls (164-172) est très petit.

Dans le courant de l'après-midi on fait des injections sous-cutanées d'huile camphrée : le pouls se relève un peu.

19 *avril*. — Nuit mauvaise : le jour, l'agitation continue. Température 40°. Pouls très fréquent, presque incomptable.

Toux incessante ; dyspnée considérable : Sensibilité très émoussée, le malade ne s'alimente pas.

Le pansement est souillé modérément. Après le lavage le liquide qui s'écoule est à peine trouble. On fait deux injections sous-cutanées de morphine ; le malade acquiert un peu de tranquillité.

20 *avril*. — Pas d'amélioration dans l'état du petit malade : beaucoup d'agitation, les forces diminuent. Température à 9 heures 40°1 ; à midi 40°9. Pouls (160-180) laisse à désirer. Respiration très rapide et pénible. Toux opiniâtre. Le pansement est dans le même état que celui de la veille : nouvelles injections de morphine.

21 *avril*. — Nuit très agitée, malgré la morphine : malade très affaissé. Température 39°5. Pouls incomptable. Cyanose des lèvres. Respiration très fréquente. Le malade meurt dans la matinée.

Autopsie. — Pas de contenu spécial dans l'abdomen. Intestins normaux : la séreuse est lisse et brillante.

Cœur libre dans le péricarde, mou, pâle. Dilatation du ventricule gauche. Valvules amincies.

Poumon gauche. — Pas d'adhérences pleurales ; le poumon est aplati et exsangue, rempli de foyers de bronchopneumonie. Les bronches sont rouges, et couvertes d'une sécrétion muco-purulente.

Poumon droit. — Plus de liquide dans la cavité pleurale. La plèvre épaissie, couverte de pus. Au lobe inférieur et au hile, et dans tout le poumon, foyers blanc grisâtre, de la grosseur d'une tête d'épingle, d'un processus bronchopneumonique.

Rate. — Un peu grosse et dure. On ne reconnaît pas à la coupe les corpuscules de Malpighi. Couleur brun clair.

Reins. — Gros et épais, surface lisse : la capsule se décortique bien. La substance corticale est augmentée et de couleur terne.

Foie. — Lisse avec de grands placards anémiques.

Gorge. — Rouge. Amygdales grosses. Larynx et trachée de couleur rouge : pas d'exsudats.

Observation XVI (Stettiner).

Rougeole puis scarlatine. Pleurésie purulente. Ponction. Mort.

Else Sch..., 4 ans. *Antécédents* : parents bien portants. L'enfant est scrofuleuse, elle en porte les signes extérieurs. Pas de maladies infectieuses antérieures.

Le 31 *mars* 1892.— Quelques jours avant son entrée à l'hôpital l'enfant tombe malade, légers phénomènes de fièvre.

Catarrhe oculaire, toux, coryza.

Le 1er *avril.* — Commencement d'une éruption typique de rougeole.

2 *avril.* — Apogée de l'éruption, et de la température (40°5) puis début de la période de convalescence. Légers phénomènes de bronchite.

5 *avril.* — Température 37°5. L'éruption est presque disparue ; quelques vestiges sur le dos. A partir de ce jour la toux augmente et s'accompagne d'une élévation de température.

Le 7 avril. — Elle atteint 41°2. Trismus au niveau des muscles ptérygoïdiens : signes de bronchopneumonie du côté des poumons. Lotions comme traitement.

Le 8 et le 9 avril. — Amélioration de l'état général. Le grincement de dents ne s'est pas reproduit. Température oscille entre 39° et 40°.

10 *avril.* — Examen de la petite malade à l'entrée à l'hôpital. Taille en conformité avec son âge : constitution faible. Pas d'œdème, pas d'éruption. Squames furfuracées sur le dos et la poitrine. Température fébrile (39°). Pouls régulier, accéléré (136 par min.) de tension modérée. La gorge et les amygdales sont d'une rougeur diffuse et gonflées. Pas d'exsudat. Légère difficulté de la déglutition. L'examen des poumons montre des deux côtés, en arrière et en bas, la présence du murmure vésiculaire accompagné de râles sonores. On ne constate pas de matité à la percussion. Bronchophonie des deux côtés.

En somme les deux poumons sont intéressés au même point. Le rythme respiratoire est très accéléré (40 resp. à la min.) Les bruits du cœur sont nets, réguliers, bien frappés. Rien aux organes abdominaux. Selles rares. La malade urine sous elle.

Dans l'après-midi apparition d'une éruption typique et prononcée de scarlatine sur le cou, la poitrine et le dos. Température : 40°7. Pouls (110) faible. Les phénomènes respiratoires n'ont pas changé depuis la veille.

11 *avril.* — L'éruption est généralisée. Température varie de 39°4 à 40°3. Pouls (152-164) sans changement : la malade est atteinte d'une forte dyspnée (battements des ailes du nez, tirage).

L'examen des poumons montre à droite, en arrière et en bas, une matité qui s'étend sur trois travers de doigt.

Affaiblissement notable du murmure vésiculaire et des vibrations thoraciques. La gorge est très rouge : les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés : l'enfant a la diarrhée.

12 *avril.* — Nuit agitée. Pas de changements du côté de la température, du pouls et de la respiration. Dans la moitié droite du thorax et en arrière, à partir de l'épine de l'omoplate on note de la matité. Il y a de la voussure du même côté. Les phénomènes dyspnéiques sont plus visibles à gauche qu'à droite : les vibrations thoraciques et la bronchophonie sont plus affaiblies à droite qu'à gauche. Le murmure vésiculaire est accompagné de râles crépitants, fins. A gauche mêmes signes d'auscultation.

Dans la journée augmentation de la dyspnée.

Pouls accéléré (172-180) et affaibli. Cyanose des lèvres.

Matité de tout le côté droit de la poitrine. Murmure vésiculaire diminué. Le cœur est un peu déplacé vers la gauche. Les bruits de la pointe s'entendent un peu en dehors et en dessous du mamelon, dans le cinquième espace intercostal. La matité hépatique dépasse le rebord des fausses côtes de deux travers de doigt.

On fait une ponction exploratrice, à droite, au-dessous de l'omoplate, dans le sixième espace intercostal.

On retire un peu de liquide légèrement trouble, l'on procède de suite à une ponction évacuatrice ; sortie de 500 centimètres cubes de liquide séro-purulent.

La dyspnée se calme un peu, de même que la cyanose.

Pouls très petit. Injection sous-cutanée d'huile camphrée.

13 *avril.* — L'éruption est en voie de disparition : la tempé-

rature est très élevée, le pouls très fréquent : nouvelle injection d'huile camphrée. Respiration très accéléré, et pénible : le tirage persiste : la malade ne peut plus avaler : toute la moitié droite du thorax est mate. Pas de râles à droite. A gauche, en arrière et en bas affaiblissement de la sonorité. Râles sous-crépitants disséminés. Aspect cyanosé du visage : la dyspnée augmente pendant la journée. Décès dans la soirée.

Autopsie. — Rien dans l'abdomen. Intestins normaux.

Cœur. — Sans adhérences péricardiques, pâle : muscle cardiaque dur, de couleur rouge brun. Endocarde sain. Valvules de couleur rouge hémorragique.

Poumon gauche. — Pas d'adhérences pleurales : volumineux. La plèvre lisse, de couleur rouge tirant sur le bleu, gris clair par places ; des tractus fins, durs au toucher apparaissent à sa surface. A la coupe, le poumon est rempli d'air et de sang ; sur la surface de la coupe foyers nombreux de bronchopneumonie, de la grosseur d'une lentille, légèrement proéminents, qui laissent sourdre à la pression une sécrétion purulente, surtout au niveau des bronchioles.

La muqueuse des grosses bronches est rouge et couverte d'une sécrétion muco-purulente.

Dans la plèvre droite épanchement louche, gris sale (couleur d'argile). Le poumon est repoussé vers le haut et en avant, et comprimé le long de sa surface gris clair. Le parenchyme est dur au toucher.

Le lobe inférieur forme un bloc purgé d'air, qui, à la coupe est rougeâtre avec des foyers de couleur rouge tirant sur le jaune, la plupart se confondant. A la pression s'écoule des bronchioles et des foyers d'infiltration, une sécrétion purulente

brun rouge. Le lobe inférieur tombe au fond de l'eau ; le lobe supérieur surnage.

La plèvre costale droite est couverte d'un léger enduit verdâtre.

Rate. — De grosseur normale, épaisse, dure, congestionnée, rouge bleuâtre.

Reins. — Tuméfiés. La capsule se décortique bien : surface lisse, brun rouge clair ; à la coupe la substance corticale est large, sans limites précises : couleur jaune diffuse.

Foie. — Brun pâle, terne à la coupe : acini invisibles.

Gorge. — Rouge : l'épiglotte, les muqueuses pharyngienne et trachéale de couleur brune.

Observation XVII (*Résumée*). *In* thèse de Pradelle).

Scarlatine. Bronchopneumonie. Pleurésie purulente. Empyème. Mort.

J... Francisque 8 ans, entre le 21 novembre 1904, salle Scarlatines.

Sourd-muet. Il a commencé à être fatigué le 18 novembre : il se plaignit de mal de gorge, se mit à tousser, eut de la fièvre et perdit l'appétit. Cet état s'aggravant, le médecin, devant l'apparition d'une rougeur diffuse du cou et du thorax, porta le diagnostic de scarlatine.

A l'entrée, enfant au visage rouge et brûlant, d'apparence agitée. Le cou et le tronc sont couverts d'une rougeur diffuse, particulièrement marquée, en avant, aux aines et à la région ombilicale ; en arrière, entre les deux omoplates, à la région

lombaire et aux fesses. Quelques plaques rouges à la racine des bras, dans l'aisselle et au pli du coude. Rien aux membres inférieurs pour le moment.

A la face, large plaque rouge vineux sur chaque joue ; les lèvres sont fendillées et recouvertes de petites pellicules que l'enfant enlève avec ses doigts. Petites vésicules d'herpès à chaque commissure. Légère suppuration à la partie supérieure du sillon rétro-auriculaire.

L'angine est très marquée, c'est surtout elle qui fait souffrir l'enfant : toute l'arrière-gorge est le siège d'une rougeur très intense : la luette est très œdématiée. Les amygdales font saillie hors des piliers, et sont recouvertes à leur pôle supérieur de plusieurs points blancs assez confluents, il semble en exister également sur les piliers postérieurs et sur la région du pharynx avoisinante. Langue uniformément rouge framboisé. D'abondantes mucosités obstruent l'arrière-gorge et la bouche, mucosités que le malade ne parvient pas à expulser dans les quintes de toux qu'il présente toutes les cinq minutes. Cette toux, sèche au début, devient de plus en plus grasse. La gêne de la déglutition est extrême. Les ganglions sous-maxillaires sont envahis et douloureux. Température 39°5.

Auscultation. — A la partie supérieure des deux poumons on entend de nombreux râles ronflants et sibilants de bronchite disséminée. Rien aux bases.

Cœur. — Bruits rapides mais réguliers. Pouls 120. Les urines présentent un disque énorme d'albumine.

L'enfant est constamment agité et ne dort pas.

Les 22, 23, 24 *novembre.* — Gros disque d'albumine.

Le 25 *novembre.* — L'état général ne semble pas s'amélio-

rer. La température reste élevée, autour de 39°5 à 40° : le pouls va de 140 à 150.

Le disque d'albumine n'a pas diminué d'épaisseur.

L'enfant souffre au niveau des articulations du poignet, du coude et du genou, surtout lorsqu'on essaie de les mobiliser. Pas de gonflement apparent.

Bouffissure des paupières. Les ganglions rétro-maxillaires ont, dans de notables proportions, augmenté de volume.

La langue est rouge, vernissée. Des fausses membranes épaisses et blanchâtres ont apparu sur les amygdales, les piliers postérieurs et le bord libre du voile du palais.

La culture faite sur sérum de ces fausses membranes, recueillies le 23 novembre, a donné, au bout de quinze heures, du coccus Brison et pas de streptocoques.

Les urines centrifugées n'ont pas donné de culot.

26, 27 *novembre*. — Disque moyen d'albumine.

28 *novembre*. — Depuis quelque temps, l'enfant tousse davantage. On essaie de l'ausculter, mais il est absolument impossible de rien entendre, à cause de la toux continuelle, ressemblant à celle d'un pleurétique qu'on asseoit. On note de la matité à la base gauche. Ponction exploratrice négative. Gros disque d'albumine.

29 *novembre*. — Une nouvelle ponction exploratrice faite à la seringue de Pravaz ne donne aucun résultat. Une seconde culture de fausses membranes, faite le 25 novembre n'a rien donné.

Disque moyen d'albumine.

30 *novembre*. — L'examen de la gorge montre sur le pilier antérieur gauche une ulcération profonde en entonnoir, il en existe également sur le pilier antérieur droit et sur la face

interne des joues, plus étendues en surface qu'en profondeur. La langue a l'aspect framboisé typique. Les lèvres sont toujours couvertes de fuliginosités. Les ganglions ont diminué de volume. Une nouvelle culture a montré la présence du staphylocoque.

Disque moyen d'albumine, le soir la courbe thermique remonte à 40 degrés.

1er *décembre.*— Disque moyen d'albumine. L'état du malade s'est aggravé.

2 *décembre.* — La courbe thermique est toujours au-dessus de 40 degrés. L'enfant est somnolent, dans une demi-torpeur continuelle, il pousse des cris lorsqu'on veut l'examiner. Battements rapides des ailes du nez. Respiration 45. Pouls 140, faible, irrégulier. Langue sèche rôtie. Les ulcérations signalées plus haut s'étendent en profondeur et en surface. Deux petites plaques de muguet, s'étalent sur la voûte palatine en avant. A chaque commissure labiale, une petite ulcération saignante. Teint blafard.

Poumon gauche. — En arrière, à la base, on note de la matité complète et du flot. Râles bulbeux éclatants dans le reste de l'étendue. En avant légers frottements généralisés.

Poumon droit. — En arrière, râles bulbeux sonores dans toute l'étendue. Souffle intense dans la moitié supérieure. En avant à la base, frottement très net et souffle rude. Rien au cœur. Gros foie. Le disque d'albumine a diminué d'épaisseur et de densité.

3 *décembre.* — Cette nuit l'enfant a commencé à présenter de la diarrhée. Respiration 62. Pouls 160.

Tirage sus-sternal, épigastrique et péri-costal.

Toux fréquente. N'expectore rien.

A gauche, matité franche jusqu'à la partie moyenne de l'omo-

plate : submatité en haut, flot et ballottement à la base. Conservation de l'espace de Traube. Pas de skodisme sous-claviculaire. Dans la moitié supérieure, râles nombreux, affectant presque le caractère gargouillant, souffle à caractère caverneux au niveau de la ligne épineuse, de telle sorte que dans cette moitié supérieure on a l'impression de signes pseudo-cavitaires. A la base on perçoit beaucoup plus mal les râles ; prédominance d'un souffle bronchique assez superficiel.

A droite respiration soufflante dans toute la hauteur. On n'entend pas de râles, ni en avant, ni en arrière.

Pas de modifications de la sonorité.

Une ponction exploratrice faite dans le sixième espace intercostal, un peu en arrière de la ligne axillaire postérieure, retire un liquide franchement louche, verdâtre, sans odeur spéciale, s'écoulant facilement, avec quelques débris floconneux.

L'examen bactériologique montre du streptocoque presque pur, avec quelques staphylocoques et quelques pneumocoques, de nombreuses cellules de pus et des mononucléaires.

4 *décembre*. — M. Péhu fait l'empyème à 10 heures du matin. Thoracotomie dans le sixième espace, au lieu même de la ponction. Il s'écoule facilement un litre environ d'un liquide franchement louche, sans odeur spéciale. Le doigt introduit perçoit bien le poumon : pas de néo-membranes, pas de cloisonnement.

Une demi-heure après l'opération, dyspnée toujours vive, battement des ailes du nez. Respiration : 56. Pouls : 164. Dans l'après-midi, l'oppression ne s'est pas modifiée, la respiration est toujours très rapide.

A 5 heures du soir, respiration 60 ; pouls, 168. A vomi une seule fois, avant de mourir, un demi-verre de mucosités noi-

râtres. La diarrhée qui s'était installée dans la nuit du 2 au 3 décembre a continué.

Mort à 9 heures du soir avec dyspnée progressive, agitation, carphologie.

Autopsie le 6 décembre 1904.

Thorax : pas de liquide dans la cavité pleurale gauche. Tout l'épanchement a été évacué par le drain : celui-ci pénètre jusqu'à la face antérieure du poumon gauche sur le diaphragme. Un peu de liquide séro-fibrineux, légèrement louche dans la cavité pleurale droïte.

Nombreuses adhérences pleuro-pulmonaires et pleuro-péricardiques du côté gauche obligeant au décollement pleuro-pariétal. La plèvre dans sa partie antérieure est presque intimement unie au péricarde. Le feuillet pariétal de ce dernier seul, dans sa partie gauche, a un aspect langue de chat, mais la cavité même du péricarde ne contient pas de liquide plus abondant qu'à l'ordinaire : pas de dépoli de la face interne de la séreuse.

Du côté gauche, le poumon est recouvert dans son ensemble par une plèvre viscérale plus épaisse que normalement avec aspect dépoli très caractérisé, de nombreuses adhérences, pour la plupart lâches, affectant une configuration réticulée de coloration verdâtre, comme infiltrées d'une sérosité purulente. Ces adhérences sont surtout abondantes au niveau de la plèvre diaphragmatique, dans le cul-de-sac externe de la séreuse : quelques-unes d'entre elles sont hémorragiques.

Le parenchyme pulmonaire est dans toute sa hauteur transformé en un bloc qui ne s'affaisse pas sur la table d'amphithéâtre et qui gagne immédiatement le fond du vase d'eau. Ce parenchyme est de coloration jaune sale, sur laquelle, suivant une

distribution lobulaire, apparaissent certains points congestionnés, cerclant le reste du lobule, qui, macroscopiquement, paraît avoir fait une hépatisation grise complète.

Lorsqu'on presse le parenchyme, on fait sourdre du pus de coloration verdâtre, bien lié. Peu d'œdème.

Au niveau de la partie supérieure du lobe inférieur est un volumineux abcès de la dimension d'une grosse noix, périphérique. Le contenu est en partie du pus de même nature que celui obtenu par la pression des bronches.

A droite, parenchyme congestionné au niveau des parties postérieures. Emphysème très marqué des parties antérieures. Au lobe inférieur, la congestion est très intense et va jusqu'à la splénisation. La pression des bronches donne du pus très net.

Les ganglions trachéo-bronchiques sont énormément tuméfiés. Aucun n'est caséeux.

Grosse rate, foie infectieux. Abcès miliaires du rein.

Observation XVIII (*in* thèse Pradelle).

Scarlatine : bronchopneumonie : pleurésie purulente. Mort.

M... Jean, 2 ans, entré le 10 mars 1904, salle Scarlatines.

Il est entré le 7 mars dans le service des diphtéries : le 10 mars on le fait passer aux scarlatines.

A l'entrée, l'enfant présente une éruption à peine visible : elle siège aux membres inférieurs, à l'abdomen et à la poitrine, où elle a presque complètement disparu. On la voit encore un peu plus nettement aux fesses et dans le dos, sur les membres

supérieurs. Au visage les pommettes sont rouges avec des taches larges plus foncées et violacées.

Les lèvree sont rouges, sèches, recouvertes de petites ulcérations croûteuses.

L'état général semble profondément atteint. L'enfant respire vite, les yeux sont à demi fermés, les ailes du nez sont animées d'un léger battement. Il est immobile, grogne quand on le dérange.

La déglutition paraît très difficile ; l'examen de la gorge très malaisé, à cause de la mauvaise volonté de l'enfant, montre une muqueuse pharyngée très rouge, recouverte de mucosités blanchâtres : les amygdales sont énormes.

La langue est recouverte en son milieu d'un fort enduit saburral, blanchâtre. Les bords restent bien dépouillés, d'une belle couleur framboisée. Les dents sont sèches, recouvertes de mucosités.

Toux légère, peu fréquente. Aux poumons : gros râles sonores de bronchite, en arrière, surtout au poumon droit. Respiration 92, pouls 160.

Urines : albumine. Température : 39°5.

17 *mars*. — L'état général s'est aggravé : la dyspnée a augmenté : l'éruption est mal sortie. Décès.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, on constate la présence du côté droit, d'un épanchement séro-purulent d'une quantité de 1 litre 1/2 environ.

Poumon droit. — Surface pleurale, dépolie, granitée, quelques fausses membranes. Le lobe inférieur présente des lésions de bronchopneumonie de carnisation évidente, avec bronchite diffuse : pus dans les petites bronches et formation de petits abcès purulents. Lobe supérieur, emphysème.

Poumon gauche. — Emphysème très marqué du lobe supérieur. Dans le lobe inférieur, bronchopneumonie moins accentuée qu'à droite. Légère pleurésie sèche de la base.

Observation XIX

Résumée *in* thèse de Chevallet.

Extraite de Caiger (*The Lancet*, 1891, page 1249).

Scarlatine. Suppurations diverses. Pleurésie purulente. Empyème. Guérison.

F. H..., âgé de 8 ans. Entre à l'hôpital le 26 décembre 1890 avec une scarlatine grave. La température est normale à la fin de la première semaine.

Le 31 *décembre.* — Elle remonte à 38°7 ; en même temps rash hémorragique, ulcération de la gorge, écoulement sanieux et fétide du nez : ganglions de l'angle de la mâchoire et sous-sterno-mastoïdiens durs, gonflés, avec œdème de caractère phlegmoneux. Pouls 144. Malade très agité.

Le 1 janvier. — Le gonflement du cou a augmenté ; véritable cou de taureau. Température 38°8-39°4. Le chloroforme est administré. Incision des deux côtés du cou ; la partie superficielle est dure, résiste à la section : écoulement ichoreux noir ; dans la profondeur pus : drainage.

Le 8. — Température 38°9 ; nouvelle incision à gauche sous le chloroforme. Rash très marqué, très foncé.

Le 9. — Rémission légère, température 37°7-38°4.

Le 18. — L'état reste stationnaire, la température a varié de 37°7 à 39°6.

Nouvelle collection purulente ouverte au côté gauche du cou sous le chloroforme. Drainage. Tonique : Champagne.

Le 20. — Température 39°6. Point de côté gauche : albumine dans les urines.

Le 25. — Température 40°5. Pouls 160. Pleuro-pneumonie du lobe inférieur gauche. Écoulement sanieux du nez. Le gonflement du cou diminue. Albumine.

Le 31. — Jusqu'à cette date état très critique, température 39°4 et 40°.

Au sixième jour de la pneumonie, la température tombe à 38°, le malade se plaint de douleur dans le coude gauche, l'articulation est chaude, tendue, douloureuse. Fluctuation nette. Sous le chloroforme ouverture de l'articulation, lavage avec solution phéniquée au 1/20e ; drainage, pansement phéniqué et iodoformé, renouvelé toutes les quatre heures. Compression.

Le 1er *février*. — La douleur du coude a disparu, température 36°8, léger nuage d'albumine dans les urines.

Le 3. — Température 38°. Affaiblissement et perte du murmure vésiculaire à la base gauche en arrière. Cœur déplacé. Cinquante respirations par minute. Thoracentèse : trois pintes de séro-pus.

Le 6. — Amélioration ; on retire le drain de l'articulation du coude. Compression élastique.

Le 9. — Respiration embarrassée, ponction thoracique à droite : une pinte de pus. Plus de suintement du côté du coude. Guérison sauf pour les plaies cutanées. Même traitement.

Le 16. — Température 36°8-38°8 ; la plèvre droite s'est de nouveau remplie. Empyème sous le chloroforme : on résèque un pouce et demi de la dixième côte : deux pintes de pus ; deux tubes de drainage ; lavages phéniqués au 1/60e.

Le 17. — Opération bien supportée. Coude guéri.

Le 20. — L'empyème se vide mal, on retire le tube provisoirement, on évacue 1 litre de lymphe solide coagulée : le soir, température normale : depuis ce jour la guérison marche rapidement.

Le 27 *mars*. — On enlève le drain de la poitrine.

Le 30 *mars*. — Le malade se lève ; les mouvements du coude sont conservés.

Observation XX

Résumée. Extraite de Aitken. *Med. press Londres*, 1884.

Scarlatine. Pleurésie purulente. Empyème. Guérison. Début probable de tuberculose pulmonaire.

M..., âgé de 10 ans, admis à l'hôpital le 1er décembre 1882, dans la soirée. Le malade est apparemment de la classe du « gamin de la rue », par suite il n'est pas possible d'obtenir des renseignements sur son histoire antérieure.

Cependant il est certain que quinze jours avant son admission à l'hôpital il a souffert de la gorge, et qu'à son entrée il était en pleine desquamation.

Il avait une dyspnée très intense, et ne pouvait se coucher sur le dos. Respiration 60. Température 37°, pouls 100. Urines contenant de l'albumine et du sang. Il y avait un léger œdème des pieds, un peu de liquide dans le péritoine.

La moitié gauche du thorax avait au toucher une dureté de bois : absence du murmure vésiculaire et des vibrations thoraciques, égophonie et pectoriloquie. Les espaces intercostaux sont immobiles : le cœur bat dans le côté droit du thorax. On

diagnostique une pleurésie purulente. Ponction exploratrice. On retire quelques gouttes de liquide purulent.

L'enfant étant en danger d'asphyxie ; on décide l'intervention.

L'opération est préparée sans précautions antiseptiques.

Incision dans le septième espace intercostal, un peu en arrière de l'angle inférieur de l'omoplate, pour faciliter l'incision et le drainage.

Incision de la plèvre. Il s'écoule une grande quantité de liquide purulent. Drainage avec de gros tube de caoutchouc. Pansement occlusif avec un bandage de corps. La respiration devient meilleure (36 par minute).

Le malade est très amélioré.

Le 2 décembre. — L'enfant est pris de toux, l'air pénètre dans la plèvre par la plaie, on note alors de la résonance à la partie supérieure du côté gauche. Le cœur bat maintenant à gauche, pas de vomissements, pas de sueurs, pas d'odeurs fétides. Lavage avec une solution phéniquée au 1/40e et pansement : Pouls 116. Respiration 36, température 37°5. Diète lactée. Toniques.

3 *décembre.* — Pouls 100, respiration 36. Pansement ; un peu d'ascite ; le soir la température tend à monter, la suppuration traverse le pansement ; lavage, le soir la température est à 38°5.

4 *décembre.* — La cavité se vide bien, la respiration s'entend dans tout le côté droit avec quelques râles.

A gauche la percussion devient sonore, la suppuration est très claire, température 37°5, les urines sont sanguinolentes et contiennent de l'albumine.

On commence l'alimentation avec des œufs.

Le 6. — Pouls 126, respiration 60, la température revient à

la normale sauf à 3 heures, 38° ; à l'auscultation on entend un tintement métallique dans la partie supérieure du côté gauche. La suppuration est moins purulente et sans fétidité.

Le 7. — Pouls 120, respiration 40, température 37°7, un peu d'albumine dans les urines.

8 *décembre.* — La percussion du côté gauche montre de la submatité, il y a des râles dans tout le poumon gauche. Le cœur est revenu à sa place normale. Douleur au niveau de l'épigastre, peu d'ascite, température 38°, urines albumineuses.

9 *décembre.* — Suppuration très réduite, lavage, le drain est retiré, température 37°5.

Le 10. — Très petite suppuration, plaie un peu enflammée. La percussion et l'auscultation du côté gauche reviennent à la normale, il y a moins d'albumine dans les urines.

Les trois jours suivants bon état général.

Le 14. —La percussion dénote de la submatité au sommet gauche, on entend quelques râles, et comme un gargouillement sous la clavicule gauche.

Le 17. — Diminution du murmure vésiculaire du sommet gauche, à droite respiration un peu forte, le tout indiquant probablement un épaississement de la plèvre.

Le 19. — Les urines sont sanglantes.

Le 21. — Il y a de la matité, de l'affaiblissement de la respiration, de la pectoriloquie à la base gauche indiquant la présence d'une pleuro-pneumonie.

Pendant les quatre jours suivants la température oscille ; fièvre hectique.

On constate une rétention de pus dans la plèvre, coïncidant avec la fermeture de la plaie.

Réouverture, évacuation du pus, lavages.

Le 25. — La suppuration est abondante. Albumine dans les urines.

Le 28. — A gauche la percussion et l'auscultation ne sont pas nets. A droite respiration normale.

Le 29. — La suppuration est variable, la température continue à osciller.

A partir du 1er janvier la convalescence prend une marche rapide, la température est normale, le sang et l'albumine ont disparu des urines, l'enfant engraisse.

La suppuration est tarie.

Le 19 *janvier.* — Examen du malade à sa sortie.

Le sommet gauche est légèrement submat par rapport à celui du côté droit. La respiration est normale, sauf au niveau de la région axillaire, quelques râles (probabilité de tuberculose pulmonaire).

Observation XXI (Kodeb).

Scarlatine. Pleurésie purulente. Empyème. Thoracoplastie. Guérison.

Un soldat est atteint, pendant le cours d'une scarlatine, d'une pleurésie purulente à streptocoques siégeant au côté gauche.

Une ponction exploratrice démontre que la purulence est imminente : on recourt à la voie chirurgicale, et l'on pratique la simple thoracotomie, avec ouverture large du huitième espace intercostal et drainage continu.

Comme les côtes voisines opposent une résistance, et que le drainage est insuffisant, on est obligé au bout de quatorze jours de réséquer la neuvième côte, et l'on évacue près d'un litre de

pus d'odeur infecte. L'écoulement purulent n'est plus contrarié : toutefois la fistule de l'empyème ne se ferme pas, l'état général devient mauvais : et par suite de l'immobilité de la paroi, les deux lèvres de la plaie ne parviennent pas à s'accoler.

Le Dr Wolf pratique une opération thoraco-plastique étendue, selon la méthode de Schede et Schmitt. Il fit descendre le bord inférieur du muscle grand pectoral jusqu'à la dixième côte et en arrière jusqu'à l'omoplate.

Résection des côtes et mobilisation des fragments.

Impossibilité de faire la résection de la deuxième côte, par suite d'adhérences du poumon sous-jacent.

Suture partielle avec drainage dans la ligne axillaire postérieure.

Au bout de quatre mois la plaie se ferme. Le malade porte un appareil à pelote, pour protéger habilement la cicatrice. Le poumon reprend ses fonctions normales.

CONCLUSIONS

I. — Les pleurésies dans la scarlatine sont relativement rares. Leur fréquence varie naturellement selon les épidémies.

II. — Elles peuvent apparaître à toutes les périodes de la scarlatine, mais paraissent plus nombreuses au moment de la desquamation.

III. — Elles sont rarement primitives : elles succèdent le plus souvent à une infection à distance (otite, arthralgie, broncho-pneumonie, etc..)

IV. — La nature de l'épanchement est soit séro-fibrineux, soit beaucoup plus souvent purulente, et dans ce cas. toujours secondaire.

V. — Le microbe pathogène semble être uniquement le streptocoque pyogène.

VI. — Les pleurésies séro-fibrineuses débutent insidieusement, puis l'épanchement augmente brusquement : le pronostic est presque toujours bénin.

Au contraire les pleurésies purulentes s'accompagnent

d'emblée de symptômes pyohémiques. Leur pronostic est des plus réservés.

Ce sont généralement des pleurésies de la grande cavité, et exceptionnellement des pleurésies interlobaires.

VII. — Le traitement des pleurésies dans la scarlatine ne diffère pas de celui des autres pleurésies.

Quand l'épanchement est abondant et séro-fibrineux, la ponction évacuatrice suffira. Quand l'épanchement est purulent, il ne faut pas hésiter à pratiquer d'urgence l'empyème avec résection costale.

Vu : le Président de la thèse
HUTINEL

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-recteur de l'Académie de Paris:
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

AITKEN. — One case of empyema complicating post-scarlatinal nephritis. *Medical press and circular.* London, 1884, p. 397.

APERT. — La scarlatine à l'hôpital des Enfants Malades en 1895. *Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, année 1896, p. 424.

ARCHAMBAULT. — Article « *Scarlatine* ». *Progrès médical*, 1879, p. 953 à 974 et année 1880, p. 81.

BABÈS. — Bacteriologische Untersuchungen über septische Processe des Kindesalters Leipsig, 1889.

BAGINSKY. — Lehrbuch des Kinderkranheiten, 1889. Traduction française par Guinon et Romme. Paris, Steinheil, 1892.

BARRIER. — Traité pratique des maladies de l'enfance, fondé sur de nombreuses observations cliniques, 2e édition, Paris, Masson, 1845.

BERTRAND. — Contribution à l'étude de la scarlatine chez le soldat. *Thèse de Nancy*, 1894.

BILLARD. — Traité des maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle. Paris, 3e édition, 1847, p. 139.

BLACHE ET GUERSANT. — Extraits de pathologie infantile. Paris, 1883, p. 48.

BOHN. — Scharlach in Gerhardts Handbuch der Kinderkrankeiten, t. II, 1877.

Bouveret. — Traité de l'empyème. Paris, 1888.

— *Revue de médecine*, 1892.

Brissot. — Relation d'une épidémie de scarlatine à l'hôpital Sainte-Eugénie. *Thèse de Paris*, 1875, p. 23.

Bucquoy. — *Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 6 juin 1889.

Cadet de Gassicourt. — Traité clinique des maladies de l'enfance. Paris, 2e édition, t. II, 1887, p. 474.

Caiger. — An analysis of 1008 cases of scarlet fever admitted into the South Western Fever Hospital during the year 1890. *Lancet*, 6 juin 1891, p. 1249 et 1304.

— A case of pyœmia following scarlet fever : suppuration in pleura and elbow joint. Recovery. *Lancet* 1891, p. 825.

Charpentier. — La scarlatine à l'hôpital Trousseau en 1896. *Thèse de Paris*, 1897, p. 18.

Chevallet. — *Thèse de Paris*, 1892. Complications articulaires de la scarlatine.

Collet. — Précis de pathologie interne, 4e édition.

J. Comby. — Traité des maladies de l'enfance. Paris, 1907, 2e édition, p. 64.

— Traitement de la pleurésie purulente chez l'enfant. *Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*. Paris, 3 avril 1891.

— La scarlatine à l'hôpital Trousseau en 1896. *Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux* Paris, 1897, p. 278 et 290.

Courois-Suffit. — Les pleurésies purulentes. *Thèse de Paris* 1891, p. 112 et 202.

Damain. — Étude sur la malignité et les infections secondaires dans la scarlatine. Prophylaxie. *Thèse de Paris*, 1891, p. 21.

Damaschino. — Les pleurésies purulentes. *Thèse d'agrégation*. Paris, 1869.

Descroizilles. — Traité élémentaire de pathologie et de clinique infantiles. Paris, 2e édition, 1891, p. 1004.

Dudon. — Scarlatine : nombreuses complications de la période de décroissance ; pleurésie purulente, ponctions

et injections iodées répétées, empyème de nécessité. Guérison. *Archives de médecine navale*, 1879, p. 451 à 455.

Dufour (H.). — Alimentation et allaitement dans la scarlatine. Statistique d'une année de scarlatine. *Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*. Paris, 2 juin 1905.

Eichhorst. — Handbuch der speciellen pathologie und therapie, 1885.

Ellis. — Manuel pratique des maladies de l'enfance. Traduction française, 1884, page 132.

D'Espine et Picot. — Manuel pratique des maladies de l'enfance. Paris, Baillière, 1900, page 39.

Falkenheim. — Mitheilungen aus der med. Klinik zù Kœnigsberg, 1888.

Finkelstein. — Remarques sur les pleurésies purulentes de l'enfance et statistiques. *Thèse de Paris*, 1890, page 12.

Frænkel und Freundenberg. — Ueber secundaërinfection bei Scharlach. *Centralblatt fur Klin. Medicin*, 1885, n° 45.

Furbringer. — Scharlach in Eulenburgs Realencyclopedie des gesammten Heilkunde, tome II, 1889.

Gerhardt. — Handbuch der Kinderkrankeiten, 1881, Zweiter Band, p. 272.

Girard. — Syndrome infectieux tardif au cours de la scarlatine. *Thèse de Paris*, 1900, page 86.

Grisolle. — Traité de pathologie interne, 2e édition, 1865, tome I, page 129.

Goodhart. — *Guys hospital reports*, 1877.

Guillemant. — Relation d'une épidémie de scarlatine. *Thèse de Paris*, 1833.

Guinon. — « *Scarlatine* » in Traité de médecine Charcot Bouchard, tome II, p. 62.

— Infections secondaires dans la scarlatine. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1889, page 401.

Hampeln. — *Zeitschrift fur Klin. Med. Bund*, IV, 1882.

Henoch. — Vorlesungen über Kusderkrankeiten, 1892, et

traduction par le Dr Hendrix. Paris, Savy, 1885.

Hesselbarth. — Beitrag zur kentniss des malignen complicationen von scarlatina. *Archiv. fur Kinderheikunde*, t. V, 1884.

Hoffmann. — Ueber Empyema Behandlung. *Thèse de Berlin*, 1886.

Hofmokl. — *Zeit und Seitfragen*, 1889.

Israel. — Diss. Kopenhagen, 1882.

Jaccoud. — Formes anormales de la scarlatine. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1894.

Josias. — De la scarlatine à l'hôpital Trousseau en 1895. *Tribune médicale*, 1896, p. 464 à 468.

Jurgensen. — Lehrbuch der speciellen pathologie und therapie, 1886.

Koder. — Ein streptokokempyem der linken Lunge als Folge von Scarlach Militaer. Aertz Wien, 1906, page 109.

Lenhartz. — Beitrag zur Kentniss der Secundæraffectionen hei Scarlache. Jahrbuch fur Kinderheilkunde, Leipsig, 1888, p. 250 à 311.

Legendre. — Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur quelques maladies de l'enfance, 1846, p. 324.

Lemoine. — Rôle du streptocoque dans la scarlatine et ses complications. *Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1896, page 303.

Makay. — Clinical lecture on empyema in children. *Medical Times and Gazette*, 1875, tome II, page 355.

Maltrait. — De la scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1900. Étude statistique et clinique. *Thèse de Paris*, 1901, page 18.

Marshall. — Two cases of empyema following scarlet fever. *Archives pédiatrie Philadelphie*, 1886, p. 25 à 29.

Mayr-Hébra. — Scarlach in Virchow's Handbuch der Speciellen pathologie und therapie, Bund III, 1860.

Moizard. — Articles *Scarlatine* dans le Traité des maladies de l'enfance de Grancher et Marfan, 1897, tome I, p. 144.

Moutard-Martin. — Mémoire sur les pleurésies purulentes, 1872.

Moynier. — Les accidents graves qui surviennent dans le cours de la rougeole et de la scarlatine. *Thèse de Paris*, 1860, page 216-222.

Navarre. — La scarlatine à l'hôpital des Enfants Malades pendant l'année 1899. *Thèse de Paris*, 1900, page 32.

Netter. — Article *Pleurésie*, in Traité de médecine Charcot-Bouchard, 1896.

— Utilité des recherches bactériologiques pour le pronostic et le traitement de pleurésies purulentes. *Bull. et mémoires Société médicale des hôpitaux*, Paris, 1890.

Nobécourt. — Précis de médecine infantile, 1907, page 656.

Noirot. — Histoire de la scarlatine. Paris, Baillière, 1847.

Parker. — Scarlet fever. empyema threatening to open spontaneously aspiration recovery. *Med. Times and Gazette.* Londres, 1881, page 429.

Paul Boncour. — Considérations cliniques et thérapeutiques sur les pleurésies purulentes de l'enfance. *Thèse de Paris*, 1896, page 14.

Picot. — Article *Scarlatine* dans le Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, page 512.

Pradelle. — La broncho-pneumonie scarlatineuse. *Thèse de Lyon*, 1905, p. 12.

Raskin. — Klinische experimentelle Untersuchungen über. Secundarinfection bei Scharlach. *Centralblatt fur Bacteriologie und Parasitenkunde*, 1889, page 442.

— Actiologie der wichtigsten Complicationen des Scharlachs. Wratsch, 1888, p. 37 à 44.

Rilliet et Barthez. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants. Paris, 1861, Baillière.

Robert. — Contribution au traitement de la pleurésie purulente. Indications et contre-indications de la pleurotomie. *Thèse de Paris*, 1881.

Rochely (de). — Neuf années de scarlatine à l'hôpital de la Charité (1891-1900), *thèse de Lyon*, 1900, p. 42.

Roger. — Les maladies infectieuses, Paris, 1902, tome II, page 1001-1415.

ROGER. — Études cliniques sur quelques maladies infectieuses. *Revue de médecine de Paris*, avril 1900, page 314.

ROQUES. — Article : *Scarlatine*, in Traité d'hygiène et de pathologie des nourrissons et des enfants du premier âge. Paris, Doin, 1904.

SALLARD. — Article : *Scarlatine*, du Manuel de médecine Debove et Achard, 1897, tome 8, page 138.

SANNÉ. — Article : *Scarlatine*, du Dictionnaire des sciences médicales de Dechambre, 1879, page 321-347.

SAINT-PAÛL (de). — Étude de 300 cas de scarlatine observés à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1903. *Thèse de Paris*, 1905.

SCHÆDLA. — *Zeitschrift fur chirurgie*, 1884.

SCHAKER. — *Jahrbuch fur Kinderkrankeiten*, tomes 17 et 20.

SEVESTRE. — Statistique de la scarlatine à l'hôpital Bretonneau en 1905. *Bulletin et mémoires Société méd. hôpitaux*, Paris 1906.

SIMMONDS. — *D. Archiv. fur klinische medicin*, 1884.

SOULIGOUX. — Article : *Pleurésies purulentes*, dans le Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet.

STEINER. — Compendium des maladies des enfants, traduction par Reneval, 1880, p. 506.

STETTINER. — Zür klinik der foudroyanten Pleuritis ber Scarlatina. *Thèse de Berlin*, 1892.

STRUMPELL. — Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie, 1887.

THOINOT. — Article : *Scarlatine*, du Traité de médecine Charcot-Bouchard-Brissaud, Paris.

THOMAS. — Scharlach in Ziemmsen Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, t. II, 1874.

TROUSSEAU. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1868, 3e édition, t. I, p. 118.

L. UNGER. — Manuel de pédiatrie, traduction française du Dr De Buck et de Moor. Paris, Carré, 1896, p. 80.

VIEUSSEUX. — *Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, t. VI, p. 410.

Vignalou. — Étude sur les pleurésies à streptocoques. *Thèse de Paris*, 1890, p. 24.

Vogel. — Lehrbuch der Kinderkrankeiten, 1890, p. 487.

Walker. — *The Lancet*, 1875, t. II, p. 621.

Weil (Ed.). — Précis de médecine infantile. 2e édition, Doin, Paris, 1905.

Widal. — Article : *Streptococcies*, dans le Traité de médecine et de thérapeutique Brouardel et Gilbert.

Wurtz. — Article : *Scarlatine*, dans le Traité de médecine et de thérapeutique Brouardel et Gilbert, t. I, p. 275.

Von Ziemssen. — Pleuritis and Pneumonie in Kindesalter, 1862.

— Zur Pathologie und Therapie der Scarlach. *Klinische Vortr.*, 1888, n° 14.

— Aetiologie der Pleuritis. *Klinische Vortr.*, 1884, n° 15.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos	7
Chapitre I. — Historique	9
Chapitre II. — Fréquence, Bactériologie. Étiologie.	16
Chapitre III. — Caractères cliniques et anatomiques	23
Chapitre IV. — Diagnostic, pronostic, traitement	28
Chapitre V. — *Observations*	36
Conclusions.	85
Index bibliographique.	87

Imprimerie des Facultés, A. MICHALON, 10, rue de Vaugirard, Paris.